



1325 S. Cliff Ave.
 P.O. Box 5045
 Sioux Falls, SD 57117-5045
 605-322-8000



Reconocimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podríamos usar y divulgar Información de Salud Protegida (PHI- por sus siglas en inglés) acerca de Ud. Como hemos expuesto en nuestro aviso, los términos del aviso podrían cambiar. Si cambiamos el aviso, usted puede obtener una copia revisada al comunicarse con La Oficina de Privacidad en Avera McKennan.

Can la Firma de este formulario, Ud afirma que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad fechado el 1 de marzo del 2017.

Firma de paciente: _____

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del representante si no es el paciente: _____

Nombre impreso del representante si no es el paciente: _____

Relación al paciente: _____

Hora: _____ Fecha: _____



HIPAA Acknowledgment

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information (PHI) about you. As stated in our notice, the terms of the notice may change. If we change our notice, you may obtain a revised copy by contacting the Privacy Office at Avera McKenna.

By signing this form, you acknowledge that you have received a copy of our Notice of Privacy Practices dated March 1, 2017.

Signature of patient: _____

Printed name of patient: _____

Signature of representative if other than patient: _____

Printed name of representative if other than patient: _____

Relationship to patient: _____

Time: _____ Date: _____