



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



HIPA ACK

Reconocimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podríamos usar y divulgar Información de Salud Protegida (PHI) acerca de Ud. Como hemos expuesto en nuestro aviso, los términos del aviso podrían cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, Ud puede obtener una copia revisada del aviso comunicándose con la Oficina de Privacidad de 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.

Nombre del paciente en imprenta: _____

Firma del paciente: _____

Firma del representante en lugar del paciente: _____

Relación al paciente: _____

Hora: _____ Fecha: _____

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



USE FOR
REFERENCE
ONLY

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.

Print patient name: _____

Signature of patient: _____

Signature of representative if other than patient: _____

Relationship to patient: _____

Time: _____ Date: _____