

Atrium Health Notice of Privacy Practices Acknowledgment:

I have been provided access to Atrium Health's Notice of Privacy Practices

_____	Relation if not Patient:
Patient/Authorized Representative Signature	___ Spouse
_____	___ Parent/s
Date/Time	___ Other (Specify: _____)

Reason Patient Unable/Unwilling to sign: \_\_\_\_\_

---

Se me ha proporcionado acceso al Anuncio de Prácticas de Privacidad de Atrium Health

_____	Relación/parentesco, si no es el paciente:
Firma del paciente/representante autorizado	___ Esposo/Esposa
_____	___ Padre/madre
Fecha/Hora	___ Otro (Especificar: _____)

Razón por la que el paciente No puede/No está dispuesto a firmar: \_\_\_\_\_