



**Acknowledgement of Receipt
of Mercy Community Healthcare's
Notice of Privacy Practices and Patient Rights**

By signing this form, I hereby acknowledge receipt of Mercy Community Healthcare's **Notice of Privacy Practices and Patient Rights**:

.....

Pediatric Patient

Patient's Name: _____ DOB: _____

Signature of Parent/Legal Guardian*
(If patient is under 18 years of age)

Date

Relationship to Patient: _____

Signature of Patient (if 18 years of age or older)*

Date

.....

Adult Patient

Patient's Name: _____ DOB: _____

Signature of Patient (if 18 years of age or older)*

Date

.....

*If signature is by a thumb print or "X," a Mercy Community Healthcare staff member must witness:

Signature of Mercy Community Healthcare Staff Member

Date



**Recibo del Aviso de las
Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente
de Mercy Community Healthcare**

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente** de Mercy Community Healthcare:

.....

Paciente Pediátrico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre/Tutor Legal*
(Si el/la paciente tiene menos de 18 años)

Fecha

Relación al Paciente: _____

Firma del Paciente (si tiene 18 años o más)*

Fecha

.....

Paciente Adulto

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente (si tiene 18 años o más)*

Fecha

.....

*Si firma por huella digital o "X," un empleado de Mercy Community Healthcare debe ser testigo:

Firma del Empleado de Mercy Community Healthcare

Fecha