

**Village Pediatric Group**  
AFFILIATED WITH  
**CHILDREN'S & WOMEN'S**  
**PHYSICIANS OF WESTCHESTER, LLP**  
**ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE LAS**  
**PRACTICAS DE PROTECCION DE LA PRIVACIDAD**

Por este medio acuso recibo de la notificación de las prácticas de protección de la privacidad de *CHILDREN'S PHYSICIANS OF WESTCHESTER, LLP's* (de aquí en adelante referido como CPW). Así mismo entiendo que si tuviese alguna pregunta acerca de las prácticas de protección de la privacidad de CPW o acerca de mis derechos sobre mi información médica personal, de acuerdo a lo expresado en esta notificación puedo recurrir al oficial encargado de la protección de la privacidad en CPW para obtener mas información.

Nombre del Paciente	Nombre del Encargado
Firma del Paciente	Firma del Encargado
Fecha	Relación con el Paciente

-----

**DOCUMENTATION SUPPORTING GOOD FAITH EFFORT TO OBTAIN  
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient Identification #: \_\_\_\_\_

I hereby certify that on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ I made a good faith effort to obtain the above patient's written acknowledgment of receipt of CPW's Notice of Privacy Practices, but I was unable to do so for the following reason(s):

Name of Staff Person (Please Print Name)	
Signature of Staff Person	Date

NOTE: THIS DOCUMENT SHOULD BE MAINTAINED PERMANENTLY IN THE PATIENT'S MEDICAL RECORD OR OTHER FILE ON PROVIDER'S PREMISES.