



Yakima Neighborhood Health Services  
 12 South 8<sup>th</sup> St, PO Box 2605  
 Yakima WA 98907-2605  
 Phone (509) 454-4143 Fax (509) 454-4115  
 www.ynhs.org

**Notice of Privacy Practices – Acknowledgement**  
**Effective September 2014**

We keep a record of the health care services we provide you. You may ask to see and copy that record. You may also ask to correct that record. We will not disclose your record to others unless you direct us to do so or unless the law authorizes or compels us to do so. You may see your record or get more information about it by contacting our Health Care Information department at the clinic, or the Chief Operating Officer (Privacy Officer) if you have a specific concern or would like more information about our Privacy Practices.

Our **Notice of Privacy Practices** describes in more detail how your health information may be used and disclosed, and how you can access your information.

*By my signature below I acknowledge receipt of the YNHS' Notice of Privacy Practices.*

Patient Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ MRN \_\_\_\_\_

Signature of patient or authorized representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed name if signed on behalf of patient \_\_\_\_\_ Relationship (parent, legal guardian, personal representative, etc.) \_\_\_\_\_

Staff Comments (if needed) \_\_\_\_\_

This form will be retained in your medical record



Accredited by The Joint Commission



Patient Centered Medical Home Level 3



Yakima Neighborhood Health Services  
12 South 8<sup>th</sup> St, PO Box 2605  
Yakima WA 98907-2605  
Phone (509) 454-4143 Fax (509) 454-4115  
www.ynhs.org

*Aviso sobre pólizas de privacidad*  
**Entra en efecto el mes de septiembre del 2014**

**IMPORTANTE: ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO ATENTAMENTE.**

Guardamos un archivo de los servicios de salud que le proveemos a usted (Ud.) Ud. puede pedir ver solicitar copias de su archivo. Ud. también puede pedir que hagamos correcciones a su archivo. No divulgaremos su archivo a otros a menos que Ud. nos lo dirija o a menos que la ley nos autoriza o nos obligue a hacerlo. Ud. puede ver su archivo o recibir más información sobre su archivo poniéndose en contacto con nuestro departamento de Información de Servicios Médicos de la clínica. Si Ud. tiene una preocupación o si quisiera más información sobre nuestras pólizas de la privacidad Ud. puede hablar con la Directora de Operaciones (Oficial de la Privacidad).

*Con mi firma abajo reconozco que he recibido el Anuncio de pólizas de la privacidad.*

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ MRN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito si firmado por un representante autorizado \_\_\_\_\_ Representante (padres, tutor legal, representante personal, etc.) \_\_\_\_\_

Comentario del personal (si es necesario): \_\_\_\_\_

Esta forma se mantendrá en su archivo medico



Accredited by The Joint Commission



Patient Centered Medical Home Level 3