

**Memorial Hermann Health System
Acknowledgment of Receipt of Joint Notice of Privacy
Health Centers for Schools**

This Joint Notice of Privacy Practice applies to the privacy practices of the Affiliated Entities and the Entities participating in the Organized Health Care Arrangement. These Entities include: Memorial Hermann Hospital System, Memorial Hermann Affiliated Services, Memorial Hermann Physicians of Texas, MHMG, MHMD, MHMI, Memorial Hermann Ventures, Inc., Memorial Hermann Health Network Providers, Inc., Memorial Hermann Health System, Memorial Hermann Foundation, Memorial Hermann Professional Insurance Co. Ltd., Physicians and Allied Professionals with privileges to practice at a Memorial Hermann Healthcare Facility.

This form is used to document (a) an individual's acknowledgement of receipt of our Joint Notice of Privacy Practices or (b) when we have not obtained this acknowledgement, our good faith effort to obtain the acknowledgement.

I (parent/guardian) acknowledge that I have received a Joint Notice of Privacy Practices from Memorial Hermann Health System.

I (parent/guardian) understand that the student's health information will be used and disclosed according to Memorial Hermann Health System's Joint Notice of Privacy Practices.

I (parent/guardian) also understand that a written authorization from me (parent/guardian) will be requested by the clinic prior to releasing health care information for any use or disclosure not listed in the Joint Notice of Privacy Practices.

Parent / Guardian Signature Print Name Relationship to student Date Time AM
 PM

Student Name (print) School

STAFF USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement of Receipt of Joint Notice or Privacy Practices:

Describe your good faith effort to obtain the parent/guardian signature on this form:

Describe the reason why the individual would not/could not sign this form:

Staff Signature Print Name Date Time AM
 PM

**MEMORIAL
HERMANN**

**Acknowledgment of Receipt of Joint
Notice of Privacy**



Memorial Hermann Health System
Acuse de recibo del Aviso conjunto de prácticas de privacidad
Centros de salud para las escuelas

Este Aviso conjunto de prácticas de privacidad se aplica a las prácticas de privacidad de las entidades afiliadas y las entidades que participan en el Acuerdo organizado de atención médica. Se incluyen las siguientes entidades: Memorial Hermann Hospital System, Memorial Hermann Affiliated Services, Memorial Hermann Physicians of Texas, MHMG, MHMD, MHMI, Memorial Hermann Ventures, Inc., Memorial Hermann Health Network Providers, Inc., Memorial Hermann Health System, Memorial Hermann Foundation, Memorial Hermann Professional Insurance Co. Ltd., médicos y profesionales aliados con privilegios para ejercer en una instalación de atención médica de Memorial Hermann.

Este formulario se utiliza para documentar (a) el acuse de recibo por parte de una persona de nuestro Aviso conjunto de prácticas de privacidad o (b) en caso de que no hayamos obtenido este acuse de recibo, nuestro esfuerzo de buena fe para obtener el acuse.

Yo (padre, madre o tutor) reconozco que he recibido un Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Memorial Hermann Health System.

Yo (padre, madre o tutor) entiendo que la información de salud del estudiante se utilizará y divulgará de acuerdo con el Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Memorial Hermann Health System.

Yo (padre, madre o tutor) también entiendo que la clínica solicitará mi (padre, madre o tutor) autorización por escrito antes de divulgar la información de atención médica para cualquier uso o fin de divulgación que no se mencione en el Aviso conjunto de prácticas de privacidad.

Firma del padre, la madre o el tutor Nombre en letra de imprenta Relación con el estudiante Fecha Hora a. m.
 p. m.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) Escuela

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Esfuerzo de buena fe para obtener el acuse de recibo del Aviso conjunto de prácticas de privacidad:

Describa su esfuerzo de buena fe para obtener la firma del padre, la madre o el tutor en este formulario:

Describa el motivo por el que la persona no firmó o no pudo firmar este formulario:

Firma del personal Nombre en letra de imprenta Fecha Hora a. m.
 p. m.

**MEMORIAL
HERMANN**

**Acknowledgment of Receipt of Joint
Notice of Privacy**

