

**JACKSON COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH**  
Notice of Privacy Practices Acknowledgement

I hereby acknowledge that I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices" for the Jackson County Department of Public Health and understand that I may contact the Jackson County Department of Public Health if I have questions about the content of the notice. I give my voluntary consent for the Jackson County Department of Public Health to use and disclose health /medical information regarding

<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>(Patient Name/ Label)</p>
--

for the purpose of treatment, payment, and health care operations\*. I understand that the health/medical information used and disclosed may include information about communicable disease (such as HIV). I understand that I may revoke this consent at any time, except that action has been taken regarding it. I understand that this consent is valid until I revoke it and that if I want to revoke this consent I must do so in writing,

\*See our "Notice of Privacy Practices" for explanations of the terms "treatment", "payment" and "health care operations".

\_\_\_\_\_  
**Signature of Patient/Parent/Legal Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Date**

I was unable to obtain the Notice of Privacy Practices Acknowledgement because of:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Witness**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson**  
Aviso de Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Yo por este medio reconozco que he recibido una copia del “Aviso de Prácticas de Privacidad” para el Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson y entiendo que puedo contactar con el Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson si tengo preguntas sobre el contenido del aviso. Doy mi consentimiento voluntario para el Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson para utilizar y divulgar información de salud/médica sobre

<hr/> <p>(Nombre del paciente/Etiqueta adhesiva)</p>
--

con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica\*. Entiendo que la información de salud/médica utilizada y divulgada puede incluir información sobre enfermedades transmisibles (como el VIH). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto que se han tomado medidas al respecto. Entiendo que este consentimiento es válido hasta que yo lo revoque y que si quiero revocar este consentimiento debo hacerlo por escrito.

\*Vea nuestro “Aviso de Prácticas de Privacidad” para las explicaciones de los términos “tratamiento”, “pago” y “operación de asistencia médica”.

---

**Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal**

---

**Fecha**

No he podido obtener el Aviso de Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad debido a:

---

---

**Testigo**

---

**Fecha**