



704 Old Montgomery Rd  
Conroe, TX 77301

***HIPAA Notice Acknowledgment Form  
Patient's Rights, Responsibilities, & Organizational Ethics***

I am aware of the HIPAA Notice of Privacy Practices for Lonestar Family Practice and the copies of the notice are available for me to take upon request.

I have received a copy of the Patient's Rights, Responsibilities, & Organizational Ethics.

\_\_\_\_\_  
**Print Patient Name**

\_\_\_\_\_  
**Date of Birth**

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

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

Estoy consiente del Aviso HIPAA sobre las Practicas de Privacidad por la oficina de Lonestar Family Practice y que copias estan a mi disposicion en cuanto las pida.

E recibido la copia de los derechos, responsabilidades, y eticos organizacionales del paciente.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**