



Acuse de Recibo del Aviso de Las Prácticas de Privacidad

Usted Tiene el Derecho de No Firmar Este Acuse

Yo, _____, he recibido una copia de Las Prácticas de Privacidad de ABC Dental.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Firma del Paciente (Padre o Guadian si es menor): _____

Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Se ha hecho el esfuerzo de buena fe para obtener el acuse del Aviso de Prácticas de Privacidad, pero el acuse no se consiguió por:

- _____ El individuo se negó a firmar
- _____ Barreras de comunicación prohibieron poder obtener el acuse
- _____ Una situación de emergencia prohibió que se consiguiera el acuse
- _____ Otra Razón (Por favor Especificar) _____