

ANITA S. GORDON D.D.S

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Puede Rechazar a Firma

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta oficina.

Por favor escriba su nombre

Firma

Fecha

Para Uso de la Oficina

Hemos tratado de obtener el reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- Persona se negó a firma
- Barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros (especificar)

© 2002 American Dental Association
Reservados todos los derechos

Se permite la reproducción y el uso de esta forma por el odontólogo y su personal. Cualquier otro uso, reproducción o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la Asociación Dental Americana
Este formulario es sólo educativo, no constituye un consejo legal, y cubre solamente la federal, no estatal, la ley (14 de agosto 2002)