



Converse Smiles

CARE | COMFORT | CONVENIENCE

Reconocimiento de recibo del aviso de HIPAA sobre prácticas de privacidad (Reconocimiento)

Reconozco que he recibido una copia de este aviso de prácticas dentales HIPAA de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente (Letra de molde porfavor)

Firma del Paciente

Fecha:

O

Firma de Representante Personal

Autoridad de representante que firmó para el paciente: (escoja una):

Padre Tutor Poder Legal Otro

Por favor note: Es su derecho rehusar firmar este documento

Solo Para El Uso De La Oficina Dental

Me esforcé por obtener reconocimiento escrito de parte del individual citado arriba en cuanto al haber recibido nuestro Aviso de **Prácticas de Privacidad** pero no lo obtuve por:

-Una emergencia nos privo de obtener reconocimiento

-Tuvimos una barrera de comunicación que nos privó de obtener reconocimiento

-El individual no estuvo dispuesto a firmar

-Otro: _____