
CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD “GIVE KIDS A SMILE®”

Usted Puede Rehusarse a Firmar Esta Confirmación

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Si esta confirmación es firmada por un representante personal de parte del paciente, llene lo siguiente:

Nombre del Representante Personal _____

Relación al Paciente _____

Para uso del consultorio solamente

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque::

- El individuo rehusó firmar
 - Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
 - Otras (Especifique por favor)
- _____

© 2005 American Dental Association
Todos los Derechos Reservados

La reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la American Dental Association.

(Este Formulario es exclusivamente educativo, no constituye asesoramiento legal, y cubre solamente la ley federal.)