

---

# 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.)