



Reconocimiento de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

****Usted puede negarse a firmar este recibo****

Yo, [Nombre Completo], eh recibido una copia de Aviso de Practicas de Privacidad “Up Valley Orthodontics”.

_____ [Nombre]

_____ [Firma]

_____ [Fecha]

Si este recibo está firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre Del Representante Personal _____

Relación al Paciente _____

Sólo para uso del programa

Intentamos obtener un aviso por escrito de recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- ☐ El individuo se negó a firmar
- ☐ Barreras de comunicación han prohibido obtener el recibo de reconocimiento
- ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el recibo de reconocimiento