



FAMILY DENTISTRY

Dr. Molar Family Dentistry

Sección A: El Paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

No. De Seguro Social: _____

Sección B: Reconocimiento Notificación de Prácticas de Privacidad

Yo, _____, reconozco que he recibido el Reconocimiento Notificación de Prácticas de Privacidad de la practica arriba mencionada.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Representante Legal: _____

Relación al Paciente: _____

Sección C: Esfuerzo de Buena Fe Para Obtener el Acuse de Recibo

Describe su esfuerzo de buena fe para obtener el acuse de recibo en esta forma: _____

Describe la razón porque el individuo no forma este formulario:

Firma:

Firma: _____ Fecha: _____

Escribe el Nombre: _____ Título: _____

Mantenga este Reconocimiento Notificación en los registros del paciente

RECONOCIMIENTO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD