



## Reconocimiento de recibo de notificación

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>MCC – Larkspur</b><br>5 Bon Air Road, Bldg G, Ste 117<br>Larkspur, CA 94939<br>Fax: 415-461-7334 | <input type="checkbox"/> <b>MCC – Novato North</b><br>6100 Redwood Blvd.<br>Novato, CA 94945<br>Fax: 415-798-3198  | <input type="checkbox"/> <b>MCC – San Rafael</b><br>3110 Kerner Blvd.<br>San Rafael, CA 94901<br>Fax: 415-526-8553        | <input type="checkbox"/> <b>MCC – Campus</b><br>3260 Kerner Blvd.<br>San Rafael, CA 94901<br>Fax: 415-755-2550                                    |
|  | <input type="checkbox"/> <b>MCC – Novato South</b><br>6090 Redwood Blvd.<br>Novato, CA 94945<br>Fax: 415-798-3198  | <input type="checkbox"/> <b>MCC – San Rafael Dental</b><br>3110 Kerner Blvd.<br>San Rafael, CA 94901<br>Fax: 415-526-8556 | <input type="checkbox"/> <b>MCC – Dental<br/>San Rafael</b><br>411 4 <sup>th</sup> Street, Ste A & C<br>San Rafael, CA 94901<br>Fax: 415-526-8556 |
|  | <input type="checkbox"/> <b>MCC – Novato Dental</b><br>6090 Redwood Blvd.<br>Novato, CA 94945<br>Fax: 415-798-3198 |   |   |

**Por medio de la presente reconozco haber recibido una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad de este consultorio médico.**

Sí  No → Me gustaría recibir por correo electrónico una copia de cualquier Notificación de Prácticas de Privacidad enmendada al: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (imprima): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede firmar, indique su parentesco con el paciente.

- padre o tutor legal de un paciente menor de edad
- tutor legal o conservador legal de un paciente incompetente
- beneficiario o representante personal del paciente difunto

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo de la oficina / For office use only:**

Signed form received by: \_\_\_\_\_

Acknowledgment refused:

Efforts to obtain:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reasons for refusal:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_