



Reconocimiento de recibo de notificación



Escanee QR para la Notificación de Práctica de Privacidad

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

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:



Acknowledgement of Receipt of Notice



Scan QR for Notice of Privacy Practice

I hereby acknowledge that I received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices.

Signed: _____ Date: _____

Print Name: _____ Telephone: _____

If not signed by the patient, please indicate your relationship to the patient:

- parent or guardian of minor patient
- guardian or conservator of an incompetent patient
- beneficiary or personal representative of deceased patient

Name of Patient: _____

For Office Use Only:

Signed form received by: _____

Acknowledgment refused:

Efforts to obtain:

Reasons for refusal:

