



Reconocimiento de recibo de notificación



Escanee QR para la Notificación de Práctica de Privacidad

<https://bit.ly/MCC-NPP-SPA>

Por medio de la presente reconosco 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: _____
