

{NOMBRE DEL CONSULTORIO}

# CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

\*Usted Puede Rehusarse a Firmar Esta Confirmación\*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

## Para uso del consultorio solamente

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque:

- El individuo rehusó firmar
- Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otras (Especifique por favor)

© 2002 American Dental Association

Todos los Derechos Reservados

La reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la *American Dental Association*.

(Este Formulario es exclusivamente educativo, no constituye asesoramiento legal, y cubre solamente la ley federal, no la estatal, que esté en vigor o propuesta el 27 de marzo de 2002. Cambios subsiguientes a la ley pueden requerir la revisión del Formulario.)