

Clayton Pediatric Dentistry

Reconocimiento de Recibo de Prácticas de Privacidad

Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento

He recibido y revisado una copia de nuestras políticas y procedimientos de notificación de privacidad, seguridad y violación de prácticas dentales.

Entiendo que debo preguntarle a nuestro funcionario de Privacidad de prácticas dentales si tengo alguna pregunta sobre estas políticas y procedimientos.

Nombre Imprimido: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para Uso de la Oficina Solamente

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, But acknowledgment could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Other (Please Specify):
