

SIMMONS DENTAL ASSOCIATES

Reconocimiento de recibo de
Aviso de prácticas de privacidad

* Usted puede negarse a firmar este reconocimiento *

Yo, _____, he recibido una copia de este aviso de
privacidad prácticas de oficina.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Para uso de oficina solamente

Hemos intentado obtener escrito acuse de recibo de nuestra notificación de
prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

Individuo se negó a firmar

Las barreras de comunicación prohibidas la obtención del reconocimiento

Una situación de emergencia nos ha impedido obtener reconocimiento

Otro (especificar)
