

HAMILTON DENTAL ASSOCIATES, PA

CONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE POLITICAS DE PRIVACIDAD

****PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE CONOCIMIENTO****

YO, _____, he recibido una copia de políticas de privacidad por parte de esta oficina.

(Por favor escriba su nombre)

(firma)

(fecha)

Para uso oficial solamente

Nosotros hemos tratado de obtener reconocimiento escrito de recibo de nuestra política de privacidad, pero el conocimiento de recibo no pudo obtenerse por las siguientes razones:

Individuo se negó a firmar

Barreras de comunicación impidieron la obtención del reconocimiento escrito

Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento escrito

Otros (favor especifique)
