
(Conner Family Health Clinic)

Acuse de Recibo
Notificación de Practicas de Privacidad

Nombre y Dirección del Paciente: _____

He recibido una copia de la notificación de practices de privacidad para la práctica de nombre anterior.

Firma

Fecha

Para uso de oficina solamente

Fuimos incapaces de obtener un reconocimiento escrito de la recepción de la notificación de practices de privacidad porque:

- Existía una emergencia.
- El individuo se negó a firmar.
- Una copia se envi por correo con una solicitud de una firma por correo.
- No se puede comunicar con el paciente por la siguiente razón:

Otra: _____

Preparado por _____

Firma _____

Fecha _____
