 **RECONOCIMIENTO DE REIBIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

\*PUEDE RECHAZAR SU FRIMA PARA RECIBIMIENTO\*

Yo, , He Recibido una copia de las reglas de privacidad en la oficina Del  
(Nombre Del Guardián legal o paciente mayor de 18 años de edad)

Mar Family Dental Care.

**Nombre Letra Molde Del Paciente o Guardián:**  
 (Nombre Del Guardián legal o paciente mayor de 18 años de edad)

**Firma Del Paciente o Guardián:**

**Fecha De Hoy:**

**SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA**

Tratamos de obtener su firma por escrito de haber recibido su reconocimiento de privacidad y usted rechazo o no pudimos obtener firma por la razón explicada:

¿ Paciente se negó

¿ Hubieron problemas de comunicación

¿ Una emergencia se nos presento y nos previno de tomar su firma

¿ Otra razón que no nombramos: