

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

* Usted puede rehusarse a firmar este acuse de recibo*

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso interno solamente

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pudimos obtenerlo por el siguiente motivo:

- La persona se negó a firmar.
- Hubo barreras de comunicación que impidieron la obtención del acuse de recibo.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- Otro (especifique)

Se permite a los dentistas y su respectivo personal la reproducción de este material. Cualquier otro uso, duplicación o distribución por parte de un tercero requiere de la aprobación escrita de la American Dental Association. **El fin de este material es únicamente para referencia general y no constituye un asesoramiento legal. Cubre solamente HIPAA, ninguna otra ley federal ni estatal. Los cambios en las leyes o los reglamentos vigentes pueden requerir revisión. Los dentistas deben comunicarse con asesores legales calificados para obtener asesoramiento legal, por ejemplo, para asesoramiento respecto del cumplimiento de reglamentos de HIPAA, la ley HITECH y las normas y reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** © 2010, 2013 American Dental Association. Todos los derechos reservados.