

# Port Arthur Smiles

[www.PortArthurSmiles.com](http://www.PortArthurSmiles.com)

## **Reconocimiento de recibo del aviso de HIPAA sobre prácticas de privacidad (Reconocimiento)**

Reconozco que he recibido una copia de este aviso de prácticas dentales HIPAA de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente (Letra de molde porfavor)

Firma del Paciente

Fecha:

O

---

Firma de Representante Personal

Autoridad de representante que firmó para el paciente: (escoja una):

☐ Padre

☐ Tutor

☐ Poder Legal

☐ Otro

**Por favor note: Es su derecho rehusar firmar este documento**

*Solo Para El Uso De La Oficina Dental*

Me esforcé por obtener reconocimiento escrito de parte del individual citado arriba en cuanto al haber recibido nuestro Aviso de **Prácticas de Privacidad** pero no lo obtuve por:

-Una emergencia nos privo de obtener reconocimiento

-Tuvimos una barrera de comunicación que nos privó de obtener reconocimiento

-El individual no estuvo dispuesto a firmar

-Otro: \_\_\_\_\_