Dentalworks Familia

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACION PARA CONSENTIMIENTO

Usted puede rechazar a firmar este reconocimiento

Yo, _____, e recibido una copia de esta oficina de las Practicas de Privacidad. Yo tambien doy permiso para las persona (s) anotadas abajo para traer para tratamiento, y dar informacion de salud e informacion financiera.

Nombre Imprimido

Firma

Fecha

Nombre y fecha de nacimiento de Pacientes:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Personas autorizadas para traer el paciente y relacion al paciente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para Uso De Oficina Solamente

Nosotros tratamos de obtener reconocimiento de recibo escrito de nuestras Practicas de Privacidad, pero el reconocimiento no pudo ser obtenido por:

- Individual nego a firmar
- La Barrera de comunicacion prohibio el reconocimiento
- Una situacion de emergencia causo el obtener el reconocimiento
- otro (por favor de especificar)