

**KIDS TOOTH DOC**  
KATHLEEN WAGUESPACK, DMD

---

**ACUSE DE RECIBO DE  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**\* Usted puede negarse a firmar este reconocimiento \***

Yo, \_\_\_\_\_ recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

---

Por favor impresión paciente(s) nombre (s)

---

Firma del padre o Tutor Legal

---

Día de Fecha

---

**Para uso de oficina solamente**

---

Hemos intentado obtener escrito acuse de recibo de nuestra notificación de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener confirmación porque:

- Individuo se negó a firmar
  - Barreras de comunicación prohibidas obtener el reconocimiento
  - Una situación de emergencia nos ha impedido obtener reconocimiento
  - Otro
- 
- 
- 
-