

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
-
-
-
-