

# Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

---

Albert Joaquin DDS  
18203 Dixie Hwy  
Homewood, IL 60430  
(708) 798-8888

\* Usted puede rehusarse a firmar este acuse de recibo\*

**He recibido o han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio.**

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Section Opcional

Yo doy permiso a este oficina que hablan con estas personas (por ejemplo un conyuge, padre, o niño) sobre el cuidado de mi salud:

\_\_\_\_\_

Comentario o instrucción especial:

\_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_*
-