

Wayne Schultz, D.D.S. & Andrew Toms, D.D.S.

Reconocimiento de recibo de Aviso de las prácticas de privacidad

Los médicos y el personal de esta oficina se comprometen a proteger y guardar con seguridad su información de salud a si como respetar su confidencialidad. Como parte de nuestra conformidad con HIPPA, la Portabilidad de Seguro médico y acto de responsabilidad, nosotros somos requeridos a obtenerle su firma cual reconoce su recibo de la nota de prácticas de privacidad y para mantener su firma en el archive.

Por favor firme el aviso siguiente que reconoce que le han dado la oportunidad de examiner o repasar nuestro aviso de privacidad. Si usted tiene alguna pregunta, por favor solicite para hablar a nuestro oficial de privacidad. Su firma será guardada en el archivo en una lugar seguro de acuerdo con el reglamentos o reglamentación HIPPA.

Nuestros Proveedores y personal les gustaría darle las gracis por su cooperación en esta materia sensible.

Yo, _____, e tenido la oportunidad de recibir y repasar una copia del aviso de las practias de privacidad.

Por favor indique con **sus iniciales**

___ Yo e sido informado de esta política y la e rechazado la copia

___ Yo e sido informado de esta política y e recibido una copia de esta política

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Usted tiene el derecho de rehusar y no firmar el reconocimiento o el recibo de aviso de prácticas de privacidad. Si es así por favor de llenar la información abajo.

Yo rehusó dar mi firma y reconocer el recibo del aviso de prácticas de privacidad por la siguiente razon(es) _____

