

Nombre del consultorio: WEST BROADWAY DENTAL, PA

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Reconocimiento de normas de confidencialidad

Yo reconozco por la presente que he recibido el Aviso de normas de confidencialidad de [insert name of practice/hospital].

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Documentación de esfuerzos de buena fe para obtener el reconocimiento del paciente que recibió el Aviso de normas de confidencialidad del proveedor

(Para utilizar en caso de que no se pueda obtener el reconocimiento del paciente.)

El paciente acudió al consultorio/hospital el [insert date: dd/mm/yy] y se le ha presentado una copia del Aviso de normas de confidencialidad de la Entidad Protegida. Se ha hecho un esfuerzo de buena fe para obtener el reconocimiento del paciente que recibió el Aviso. Sin embargo, no se obtuvo tal reconocimiento porque:

- El paciente se negó a firmar.
- El paciente no pudo firmar poner sus iniciales porque:

- El paciente tuvo una urgencia médica, y un intento de obtener el reconocimiento se hará en la primera oportunidad.
- Otra razón (describa aquí):

Firma del empleado llenando el formulario

Fecha