



## Reconocimiento del paciente de las practicas de privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia de esta oficina aviso de practicas de privacidad o el aviso de practicas de privacidad de esta oficina se puso a mi disposición.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del tutor legal (si la paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal

---

Solo para uso de la oficina:

\_\_\_\_\_ El paciente rechazo una copia del aviso de practicas de privacidad

\_\_\_\_\_ Paciente se nego a firmar el reconocimiento del paciente de NPPs

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre (personal de oficina)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma