MILWAUKEE
MKE WI
DENTAL ARTS

2700 W. Lincoln Ave.
Milwaukee, WI 53215

Sección A: **Paciente**

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Buzón de Email: _____

Número Seguro Social: _____

Sección B: Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad:

Yo, _____, reconozco haber recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad en el consultorio indicado más arriba.

Firma: _____ Fecha: _____
Si firma esta autorización un representante personal a nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

Sección C: Esfuerzo de buena fe por obtener el acuse de recibo.

Describa su esfuerzo de buena fe por obtener la firma de la persona en este formulario: _____

Provided patient with HIPPA Private Practice Policy form & explained importance of it._____

_____

Describa la razón por la cual la persona no firmó este formulario: _____

_____

_____

Firma:
Testifico que la información anterior es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima nombre: _____ Título: _____
Incluya este acuse de recibo en los registros del paciente.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD