

Formulario Para La Confirmacion Por Escrito
De Haber Recibido Aviso De Las Practicas De Privacidad..

Yo, _____, he revisado/recibido una copia del Aviso
Nombre del paciente
De las Practicas de Privacidad

Firma Del Paciente

Fecha _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement but was unable to do so as documented below:

Date _____ Initials: _____ Reason:

Signature _____ Date _____

H I P A A