

**El Reconocimiento paciente de
Recibo de Hoja Dental de Hecho de Materias y
Nota de la Intimidad Practica**

Al el 1 de enero de 2002, la Tabla Dental de California ahora requiere que distribuimos a nuestros pacientes una copia de la Hoja Dental del Hecho de Materias. Además, la Transportabilidad del Seguro de Brezo y Acto (HIPAA) de Responsabilidad requieren efectivo el 14 de abril de 2003 que pacientes sean dados una copia de nuestra Nota de la Práctica de la Intimidad.

Si usted hace, complace la impresión y firma su nombre abajo.

Yo, _____, reconoce que he recibido de esta oficina:

1. Una copia de la Hoja Dental del Hecho de Materias; y
2. La nota de la Intimidad Practica.

Firma de Paciente o Representativa Personal

Fecha

Si firmado por un Representante Personal del Paciente, describe al representante'la autoridad de s para actuar para el paciente.

For Office Use

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify) _____
