

---

## RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

\* Puede Negarse a Firmar Este Reconocimiento\*

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de la Practicas de Privacidad de esta oficina.

Por Favor Escriba Nombre Del Paciente

---

Firma Del Padre/ Paciente

---

Fecha

---

---

### Para Uso de Oficina Solamente

---

Hemos tratado de obtener reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener debido a que:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otros (Por Favor Especificar)

---

---

---