



One 7000 Place
7000 Southwest 62 Avenue PH-E
South Miami, FL 33143

T. 305 666 6104
F. 305 665 1136

admin@fdgendo.com
fdgendo.com

Reconocimiento de Recibo de Prácticas de Privacidad

Usted puede rehusar firmar este documento

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Mi Nombre _____

Mi Firma _____

Fecha _____

Solamente Para El Uso de la Oficina

Hemos tratado de obtener prueba por escrito de reconocimiento de recibo de nuestras Prácticas de Privacidad del paciente pero no pudimos obtenerlas porque:

- El paciente ha rehusado firmar
- Barreras de comunicación han prohibido obtener reconocimiento de recibo del paciente
- Una situación de emergencia nos ha impedido obtener el recibo
- Otra razón (Por favor especificar) _____