# RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Nombre del Paciente: _____

Pacientes adicionales en la misma familia: _____

_____

_____

_____

**Usted puede negarse a firmar este reconocimiento**

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y el Aviso de No Discriminación de esta oficina. Entiendo que también tengo acceso a ambos avisos en línea en snugdental.com.

_____ _____

Nombre en letra de molde (Padre/Tutor) Relación con el Paciente

_____ _____

Firma Fecha

Para uso exclusivo de la oficina:

Intentamos obtener un reconocimiento por escrito de la recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y Aviso de No Discriminación, pero no fue posible obtenerlo porque:

- ☐ El individuo se negó a firmar
- ☐ Barreras de comunicación impidieron obtener el reconocimiento
- ☐ Una situación de emergencia impidió obtener el reconocimiento
- ☐ Otro (especifique): _____