

**Regla de Privacidad de Hipaa  
Recibo de Noticia de Practica De Privacidad  
Forma De Reconocimiento Escrita**

**Dentofacial Associates, P.A.  
435 W. Landis Avenue  
Vineland, NJ 08360**

Reconocimiento de recibo de la Noticia de Practica privada (S164.520(a))

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Dentofacial Associates crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticas, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado medico o tratamiento. Yo reconozco y entiendo que el AVISO de las Practicas de Privacidad de Dentofacial Associates, P.A., provee una descripcion completa de uso y revelacion de mi informacion medica.

Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de la Privacidad de Dentofacial Associates, P.A. antes de firmar esta forma.
- Que Dentofacial Associates, P.A. reserva su derecho de cambiar el Aviso de la Practicas de Privacidad y enviara una copia del aviso a la direccion que he dado antes de ponerlo en practica, si lo solicito.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_  
(letra de carta)

Nombre del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_  
( letra de molde)

Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA**

Intentamos obtener reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de la Practicas de Privacidad, pero no ha podido ser obtenido porque:

- Individuo reuso firmar
- Dificultades de comunicacion prohibio que obtuvieramos el reconocimiento
- Una emergencia evito que obtuvieramos el reconocimiento
- Otro (especifique por favor)

\_\_\_\_\_  
Dentofacial Associates, P.A.  
Oficial de Privacidad

\_\_\_\_\_  
fecha