

**LINCOLN AVE. DENTAL GROUP, S.C.**

2700 W. Lincoln Ave.  
Milwaukee, WI 53215

**Sección A: Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Buzón de Email: \_\_\_\_\_

Número Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Sección B: Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad:**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco haber recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad en el consultorio indicado más arriba.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si firma esta autorización un representante personal a nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Sección C: Esfuerzo de buena fe por obtener el acuse de recibo.**

Describa su esfuerzo de buena fe por obtener la firma de la persona en este formulario: \_\_\_\_\_

Provided patient with HIPPA Private Practice Policy form & explained importance of it.

Describa la razón por la cual la persona no firmó este formulario: \_\_\_\_\_

**Firma:**

Testifico que la información anterior es correcta.

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

Imprima nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Incluya este acuse de recibo en los registros del paciente.

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**