

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Constancia de Recibido

CONSTANCIA DE RECIBIDO

Al firmar esta forma, reconozco haber recibido la Notificacion De Practicas de Privacidad de Central California Dental Surgicenter. Nuestra forma de informacion sobre Practicas de Privacidad contiene informacion acerca de como nosotros podriamos revelar informacion confidencial sobre su salud. Se le recomienda leerlo en su totalidad.

Este aviso es efectivo a partir de el 1 de Abril do 2003, Nuestra empresa esta sujeta a obedecer los terminus de este Aviso do Practicas de Privacidad que ya se encuentra en efecto.

Este Aviso en Practicas de Privacidad esta sujeto a cambios. Si hubiera cambios o modificaciones a esta forma, usted puede obtener una copia de este aviso con los cambios efectuados llamandonos al telefono (209) 381-2047, o por escrito a la siguiente direccion: 3605 Hospital Road Suite H, Atwater, CA 95301.

Reconozco el haber recibido la forma con los Reglamentos en Practicas de Privacidad de parte de Central California Dental Surgicenter.

Firma: _____ Date: _____
(paciente/padre/representante legal)

INCAPACIDAD DE OBTENER RECONOCIMIENTO

Para ser completado solamente si no se puede obtener la fima. Si no es posible obtener el reconocimiento del individuo o persona, describa cuales fueron los esfuerzos realizados para obtenerla. Y las razones por las cuales no fue obtenida.

Firma del representante: _____

Fecha _____

Para mas informacion relacionada al HIPAA o para presentar quejas:
El Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles
200 Independence Ave, S.W., Washington D.C. 20201
(202) 619-0257 o llame gratis al: 1-877-696-6775