

Family Medical Clinic

Nombre de Paciente (a favor de imprimir)

Fecha de Nacimiento

Reconocimiento de las Prácticas de Privado

Por la presente yo reconozco que yo recibí la Noticia de Las Prácticas de Privado de the Family Medical Clinic.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

Documentación de Esfuerzos de Buena Fe a Obtener el reconocimiento del paciente que recibió el anuncio de las Prácticas de Privado del proveedor

(Por el uso cuando reconocimiento no puede ser obtenido del paciente)

El paciente fue presentado a la oficina el _____(fecha) y fue proveído con una copia del Anuncio de las Prácticas de Privado. Un esfuerzo de buena fe fue hecho a obtener del paciente un reconocimiento de su recibimiento del anuncio. Sin embargo, tal reconocimiento no fue obtenido porque:

_____ El paciente negó a firmar.

_____ El paciente no estaba capable de firmar o inicializar porque:

_____ El paciente tuvo una emergencia medical, y un intento a obtener el reconocimiento seria hecho la siguiente oportunidad.

_____ Otro razón (explicado abajo): _____

Firma del empleado cumpliendo la forma

Fecha