

First Choice Dental

Reconocimiento y aviso de las prácticas de la privacidad

Reconozco que me proporcionaron una copia del aviso de las prácticas de la privacidad y que he leído o he declinado la oportunidad de leerlos y de entenderlos. Entiendo que esta forma será puesta en mi carta de paciente y mantenida por seis años.

- He declinado leer
- He leído

Nombre del Paciente
(Escribir en mayúsculas)

Firma del Paciente

Fecha

Padre o Encargado Legal