

IDA KARLIN HEALING CENTER

Reconocimiento de Recibo de Aviso de Profesión Confidencial

Nombre del Paciente: _____

Numero de Identificación del Paciente: _____

Por la presente yo reconozco que yo he recibo una copia de Ida Karlin Healing Center de Aviso de Profesión Confidencial. Entiendo yo que tengo el derecho de negarme a firmar este reconocimiento si yo deseo.

X

Firma del paciente o representante legal

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado del paciente (si es aplicable)

Fecha ____ / ____ / ____

Relación al Paciente (si es aplicable)

- Padre o guardian del menor
- Guardian elegido por la corte
- Administrador o ejecutor del estado del decedente
- Poder de Abogado

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices on the following date,

____ / ____ / _____, but acknowledgment could not be obtained because:

- Patient/representative refused to sign
- Emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement at this time (Will attempt again at a later date)
- Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement (*Explain*)

Other (*Specify*)

