

Janet B Cubol, DMD

RECONOCIMIENTO: RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia **de Janet B Cubol, DMD** aviso de prácticas de privacidad efectiva **01 de abril de 2015**.

Nombre (por favor imprima): _____

rechazó copia de documentos _____

Firma: _____

Inicial

Fecha: _____

Soy un padre o tutor legal de la _____ (nombre del paciente). He recibido una copia **de Janet B Cubol, DMD** aviso de prácticas de privacidad efectiva **01 de abril de 2015**.

Nombre (por favor imprima): _____

Relación al paciente: Padres Tutor legal

Firma: _____

Fecha: _____

Si la persona o padre legal guardian **hizo no muestra arriba**, personal debe documentar Cuándo y cómo el aviso fue dado a la persona, por qué no se podría obtener el reconocimiento, y los esfuerzos que se hicieron para obtención.

Aviso de prácticas de privacidad efectiva **01 de abril de 2015** a individuales en _____ (fecha).

En persona Correo Correo electrónico Other _____

Razón individual o padre/tutor legal no firmar este formulario:

No quería No respondió después de más de un intento de

Other _____

Se hicieron los siguientes **esfuerzos de buena fe** para obtener el individuo o firma de padre o tutor legal. Por favor, el documento con fechas, tiempos, personas hablados y resultado, según sea el caso, los esfuerzos que se hicieron para obtener la firma. Debe hacerse más de un intento.

En persona conversación _____

Teléfono contacto _____

Mailing _____

Email _____

Other _____

Nombre de personal (por favor imprima): _____ título: _____

Signature: _____ Date: _____