

**Regula de Privacidal HIPPA  
Recibo de Noticia de Practica de Privacidad  
Forma de Reconocimiento Escrita**

Bay Dental Center Lawndale, CA

**Reconomiento de recibo de la Noticia de Practica de Privacidal (§164.520(a))**

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que como parte de mi cuidado de salud, Bay Dental Center- Lawndale CA crea y mantiene los documentos medicos que describen mi historial medico, sintomas, examinaciones y los resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado medico o tratamiento. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de las Practicas de Privacidad Bay Dental Center Lawndale, CA provee una descripcion completa del uso y revelacion de mi informacion medica. Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar el Aviso de las Practicas de Privacidad de Bay Dental Center – Lawndale, CA antes de firmar esta forma;
- Que Bay Dental Center- Lawndale, CA reserva su derecho de cambiar el Aviso de las Practicas de Privacidad y que enviara una copia del aviso editado a la direccion que he dado antes de ponerto en practica, si lo solicito.

Firma del Individuo o Testigo Representante Legal .....  
Nombre del Individuo o Testigo Representante Legal .....  
Fecha: .....

**SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA**

Intentamos obtener reconocimiento escrito del recibo de nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad, pero no ha podido ser obtenido porque:

- Individuo reuso firmar
- Dificultades de comunicacion prohibio que obtuvieramos el reconocimiento
- Una emergencia evito que obtuvieramos el reconomiento
- Otro (especifique por favor)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

