



21685 state Rd 7  
Boca Raton, FL 33428  
Office: 561 756 9343  
Facsimile: 561 756 9382

**CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE LAS  
POLITICAS DE PRIVACIDAD**

**\*\* Puede negarse a firmar esta confirmación\*\***

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de notificación de la  
(Escriba su Nombre o Nombre del Padre o Guardian)  
Políticas de Privacidad de la oficina.

Aplicable: \*Es usted representante legal: Si / No Poder Legal Medico: Si /No

\_\_\_\_\_  
(Escriba su Nombre) / (Escriba Nombre repre- (Fecha)  
sentante Legal o Poder Legal Medico)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente) (Firma paciente/ familiar/ Guardian)

Podemos enviar un mensaje de texto o dejar un correo de voz sobre su cita con una persona de su familia?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Podemos enviarles correos electrónicos acerca de su cita (promociones, recordatorios, ofertas)?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Para Uso Exclusivo de la Oficina**

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero la confirmación no se pudo obtener debido a:

- Individuo se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
- Otros (por favor especifique)

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