
North Carolina Eye, Ear, Nose & Throat, PA

Constancia de Recibo Del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente: _____

Número de Registro Médico: _____

Yo recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para la práctica nombrada arriba.

Firma

Fecha

Para el uso del personal únicamente

No pudimos obtener una Constancia de recibo escrita del Aviso de Prácticas de Privacidad porque:

- Una emergencia surgió y la firma no se pudo obtener en ese momento.
- La persona negó firmar.
- Una copia se envió por correo con una solicitud de la firma por correo.
- No pudimos comunicarnos con el paciente por la siguiente razón:

Otra razón: _____

Realizado por _____

Firma _____

Fecha _____
