

---

Conner Family Health Clinic

---

**Acuse de Recibo**  
**Notificación de Practicas de Privacidad**

---

Nombre y Dirección del Paciente:

---

---

---

He recibido una copia de la notificación de practices de privacidad para la práctica de nombre anterior.

---

**Firma**

---

**Fecha**

---

**Para uso de oficina solamente**

---

**Fuimos incapaces de obtener un reconocimiento escrito de la recepción de la norificación de practices de privacidad porque:**

- Existía una emergencia.
- El individuo se negó a firmar.
- Una copia se envi por correo con una solicitud de una firma por correo.
- No se puede comunicar con el paciente por la siguiente razón:

---

- Otra: 

---

---

Preparado por 

---

Firma 

---

Fecha 

---

---