

Reconocimiento de la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad de Welch Orthodontics

Nombre De Paciente: _____

Por la presente reconozco que he recibido de Welch Orthodontics una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad establece mis derechos relacionados con el uso y divulgación de mi información de salud personal y explica cómo Welch Orthodontics puede usar y/o divulgar mi información de salud personal tanto con mi Autorización. Además, entiendo que puedo contactar con el Oficial de Privacidad si tengo alguna pregunta con respecto al contenido de este Aviso de Prácticas de Privacidad o para presentar una queja sobre las prácticas de privacidad de Plaza Family Care.

Firma De Paciente /Padre De Paciente

Fecha