



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
Brenda Miller, DDS. APC

*Puede negarse a firmar este acuse de recibo*

Yo, \_\_\_\_\_ haber recibido una copia del  
Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Por favor, imprima su nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Solo para uso en Oficina**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, como lo exige la ley, pero no pudimos obtener un acuse de recibo porque:

\_\_\_ Individuo se negó a firmar

\_\_\_ Barreras de comunicación prohibidas para obtener acuse de recibo

\_\_\_ Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento

\_\_\_ Otros (especifíquese):

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

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_