

## RECONOCIMIENTO DE RECIBIMIENTO DE PÓLIZA DE CONFIDENCIALIDAD

Nombre y Dirección del paciente :

---

---

---

He recibido una copia de la póliza de confidencialidad para esta  
oficina

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA

No pudimos recibir un recibo escrito de reconocimiento de la póliza porque:

- Hubo una emergencia y la persona no pudo firmar
- El individual rehusó firmar.
  - Una copia fue enviada por correo para que la persona firmara y la regresara a la oficina.
  - No se pudo establecer comunicación con la persona por esta razón :

\_\_\_\_\_

Otra:

\_\_\_\_\_

—

Preparado por:

\_\_\_\_\_

Firma:

---

Fecha:

---

Wake Forest / Raleigh / 919.453.6325 /  
[gladwellorthodontics.com](http://gladwellorthodontics.com)