**Reconocimiento de la Privacidad de nuestra Práctica**

**V12.08.09**

**Privacy Policy**

**Acknowledgement**

Yo he recibo esta Nota de Privacidad de las Prácticas de esta oficina. Especialmente yo entiendo que mi información de salud está protegida y será usada para:

* Conducir, planear y dirigir el tratamiento mío (o el de mi hijo(a)) y con los otros proveedores de salud quien pueden estar envueltos en ese tratamiento.
* Obtener el pago (e.g. compañías de seguro, agencia de colección, y compañías que procesan cheques)
* Conducir cuidado normal de operaciones como revisando los registros del paciente

Yo también entiendo que esta práctica de negocios usual usa un cuarto abierto para la mayor parte de tratamiento, y manda un postal para recordarle de las citas de limpieza de cada seis meses, y de llamar a confirmar las citas dos días antes de las citas. Por favor de marcar las cajas apropiadas abajo si usted quiere algo diferente de lo que son las prácticas usuales de este negocio:

* No usen el cuarto abierto para el tratamiento del paciente. Hagan todas las citas para el cuarto VIP (privado). Yo entiendo que esto puede limitar mi habilidad de hacer citas ya que solo hay un cuarto privado para recibir tratamiento en esta oficina.
* No manden postales de recordatorio de limpieza. Yo entiendo que si falto una cita puede resultar en ser despedido de esta oficina.
* No llame a confirmar las citas. Yo entiendo que si falto citas resultará en ser despedido de esta oficina.

Nombre del Paciente:

Su Nombre:

Su Relación al Paciente:

Firma:

Fecha:

**Para el uso de nuestra oficina**

I attempted to obtain the patient’s (or parent’s) signature in acknowledgement of this Notice of Privacy Practices, but was unable to do so as documented.

* Patient or parent was given notice, but forgot to sign before leaving the office.
* Patient or parent refused to sign.
* Notice was mailed to patient or parent.

 Staff member: Date: \_\_