

# Bienvenidos

Gracias por su selección de nuestro grupo dental.  
Haremos todo lo posible para proveer lo mejor en cuidado dental.  
Para ayudarnos a saber sus necesidades, conteste a las preguntas  
siguientes con pluma, por favor: Si tiene alguna pregunta o necesita  
ayuda, por favor pregúntenos. Con gusto le ayudaremos.

Número del Paciente \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Información Sobre el Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Menor  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

Si es Estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  Tiempo Parcial  Tiempo Completo

Nombre del Empleador (del Paciente o Padre) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Esposo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

¿A quien le podemos agradecer la referencia? \_\_\_\_\_

¿En caso de emergencia, a quien le podemos notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Persona Responsable (Si Aplica)

Nombre de la Persona Responsable de Esta Cuenta \_\_\_\_\_ Parentesco al Paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Manejar \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre de Banco \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Es la Persona responsable un paciente en nuestra oficina ahora?  Si  No

Para su conveniencia ofrecemos los siguientes métodos de pago. Por favor de marcar lo que usted prefiere. Necesitamos su pago en total al tiempo de servido

Pago al contado  Cheque  Carta de crédito  VISA  MasterCard  Quiero discutir los arreglos financieros de esta oficina

## Información Sobre el Seguro

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco al Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha en Que Fue Empleado \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Sindicato (Si Aplica) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguración \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la Aseguración \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Cuanto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Que cantidad ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Beneficio max. anual? \_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. algún seguro adicional?  Si  No (conteste a las preguntas siguientes, por favor)

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco al Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha en Que Fue Empleado \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Sindicato (Si Aplica) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguración \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Dirección de la Aseguración \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Cuanto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Que cantidad ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Beneficio max. anual? \_\_\_\_\_

Otro lado, por favor

# Historia Médica del Paciente

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono de la Oficina \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen \_\_\_\_\_

- |   | Si                       | No                       |   | Si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está ahora bajo tratamiento médico?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Es Ud. alérgico o ha tenido una reacción a estas sustancias?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Durante los últimos 5 años, ha sido hospitalizado por una operación o enfermedad seria? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestésico local (Novocaina) .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, explique por favor: _____  |                          |                          | Penicilina u otros antibióticos .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está tomando alguna droga o medicina (receta o no)?... Si es así, ¿qué está tomando? .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sulfamidas .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Has Ud. tomado Phen-Fer/Redux?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbitúricos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Usa Ud. tabaco?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa Ud. drogas ilícitas?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Usa Ud. lentes de contacto .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirina .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene o ha tenido algunas de las condiciones siguientes? .....                                |                          |                          | Algunos metales (níquel, mercurio).....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Látex o productos de hule .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Otro (favor de enumerar) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 10. ¿Para mujeres solamente? .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Está embarazada o piensa que sí?.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | ¿Está amamantando? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                               | Si                       | No                       |   | Si                       | No                       |                                     | Si                       | No                       |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Presión alta .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del estómago/úlceras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardíaco.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapaso cardíaco.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor del pecho .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumática.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Murmillos en el corazón.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de aliento .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tobillos hinchados.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque de parálisis.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayo/ataques.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansado con frecuencia.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre del heno/alergias.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión baja.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia de radiación.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/convulsiones.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reciente pérdida de peso.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reemplazo de articulación o implante..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del hígado.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del riñón.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis/Ictericia.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas cardíacos.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA o infección por HIV..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad venérea.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del tiroides.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          | Prolapso de válvula mitral.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                               |                          |                          |   |                          |                          | Otro.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# Historia Dental del Paciente

Nombre y Dirección del Último Dentista \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen \_\_\_\_\_

- |   | Si                       | No                       |  | Si                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. ¿Tiene dolores de cabeza con frecuencias?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. ¿Apreta o muele los dientes? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos?.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿Muerde los labios o las mejillas con frecuencia?.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Siente dolor en algunos de los dientes? .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha tenido extracciones difíciles en el pasado?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene bultos o llagas acerca de la boca? .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción?.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido heridas a la cabeza, el cuello o la quijada? .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Ha tenido tratamiento por un ortodoncista?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido algunos de los problemas siguientes con la quijada? .....       |                          |                          | 14. ¿Tiene Ud. dentadura postiza o parciales? Si es así, ¿cuál fue la fecha de colocación? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruidos en la quijada.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha recibido instrucciones higiénicas sobre el cuidado de los dientes y las encías?.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor (articulación, oreja, lado de la cara).....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Le gusta su sonrisa?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad en abrir o cerrar la boca.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| Dificultad al masticar.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |

# Autorización

Yo certifico que he leído y entendido la información de arriba a lo mejor de mi conocimiento. He contestado todas las preguntas exactamente. Yo entiendo que información inexacta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista para proveer cualquier información (incluyendo diagnóstico y los archivos del examen o tratamiento para mi o mi niño durante el periodo de cual cuidado dental) a seguro contra tercera persona y/u otros profesionales de salud. Yo autorizo y le pido a la compañía de seguros a pagarme directamente al dentista o grupo dental los beneficios que hubieran sido pagados a mi. Yo entiendo que la compañía de seguros puede pagar menos del total. Yo estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos servicios prestados a favor de mi o mis dependientes.

X  
 Firma del Paciente (o Firma del Padre, si el Paciente es Menor) \_\_\_\_\_  
 Observaciones del Doctor \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

POR FAVOR LEA Y ESCRIBA LAS INICIALES DE SU NOMBRE EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PARRAFOS, Y LEA LA SECCION AL PIE DE ESTA FORMA.

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

## 1. TRATAMIENTO A HACERSE

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE ME HARAN EL SIGUIENTE TRATAMIENTO EMPASTE \_\_\_\_\_ PUENTES \_\_\_\_\_ CORONAS \_\_\_\_\_ EXTRACCION DE DIENTES \_\_\_\_\_ EXTRACCION DE DIENTES IMPACTADOS \_\_\_\_\_ ANESTESIA GENERAL \_\_\_\_\_ CONDUCTO RADICULAR \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ (INICIALES \_\_\_\_\_)

## 2. FARMACOS Y MEDICAMENTOS

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE LOS ANTIBIOTICOS Y ANALGESICOS Y OTROS MEDICAMENTOS PUEDEN CAUSAR REACCIONES ALERGICAS CAUSANDO EL ENROJOCIMIENTO E INFLAMACION DE TENDOS, DOLOR, COMEZON, VOMITO, Y/O CHOQUE ANAFILACTICO (REACCION ALERGICA SEVERA)

## 3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE DURANTE EL TRATAMIENTO PUEDE QUE SEA NECESARIO CAMBIAR O AÑADIR PROCEDIMIENTOS DEBIDO A LAS CONDICIONES QUE SE ENCUENTREN MIENTRAS SE DA EL TRATAMIENTO A MI DENTADURA QUE NO HAYAN SIDO ENCONTRADAS DURANTE LA EXAMINACION, SIENDO LO MAS COMUN LA TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR, SEGUIDO DE PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS RUTINARIOS DOY MI PERMISO AL DENTISTA PARA QUE HAGA CUALQUIER / TODO LOS CAMBIOS Y AÑADIDURAS NECESARIOS.

## 4. EXTRACCION DE DIENTES

SE ME HAN EXPLICADO LAS ALTERNATIVAS A UNA EXTRACCION DE DIENTES (TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR CORONAS, Y CIRUGIA PERIODONTAL, ETC.) Y AUTORIZO AL DENTISTA EXTRAERME LOS SIGIENTES DIENTES \_\_\_\_\_ Y CUALQUIER OTRO(S) QUE SEAN NECESARIO POR MOTIVOS DESCRITOS EN EL PARRAFO #3. ENTIENDO QUE LA EXTRACCION DE DIENTES, ALGUNOS DE LOS CUALES SON DOLOR INFLAMACION, PROPAGACION DE LA INFECCION, AL VELO SECO, PERDIDA DE SENSIBILIDAD EN MIS DIENTES, LABIOS, LENGUA Y TERDOCIACUANDANTE (PARESTESIA) QUE PUEDEN DURAR POR UN PERIODO DE TIEMPO INDEFINIDA, (DIAS O MESES), O QUIJADA FRACTURADA. ENTIENDO QUE PUEDEN NECESITAR TRATAMIENTO ADICIONAL POR UN ESPECIALISTA O HASTA SER HOSPITALIZADO SI RESULTAN COMPLICACIONES DURANTE O DESPUES DEL TRATAMIENTO Y ES MI RESPONSABILIDAD PAGAR POR EL COSTO DE ESTO. (INICIALES \_\_\_\_\_)

## 5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE ALGUNAS VECES NO ES POSIBLE IGUALAR EXACTAMENTE EL COLOR DE LA DENTADURA POSTIZA AL DE LA DENTADURA NATURAL ADEMÁS ENTIENDO QUE PUEDE QUE TRAIGA CORONAS TEMPORALES QUE PUEDE CAERSE FACILMENTE Y QUE DEBO TENER CUIDADO PARA SEGURARME DE QUE SE CAIGAN HASTA QUE SE ENTREGUEN LAS CORONAS PERMANENTES ESTOY ENTERADO QUE LA ULTIMA OPORTUNIDAD PARA HACER CAMBIOS A MI NUEVA CORONA. PUENTES O CAPERUZA (INCLUYENDO CAMBIOS EN LA FORMA, ADAPTACION, TAMAÑO, Y COLOR) LA TENDRE ANTES DE LA CEMENTACION. (INICIALES \_\_\_\_\_)

## 6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

ESTOY ENTERADO DE QUE LAS DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS O PARCIALES SON ARTIFICIALES CONSTRUIDAS DE PLASTICO, METAL, Y NO PORCELANA. SE ME HAN EXPLICADO LOS PROBLEMAS QUE PUEDEN SURGIR POR USAR ESTOS APARATOS. INCLUYENDO AFLOJAMIENTO, DOLOR, Y POSIBLE RAPTURA ENTIENDO QUE LA ULTIMA OPORTUNIDAD PARA HACER CAMBIOS EN MI DENTADURA POSTIZA (INCLUYENDO CAMBIOS EN LA FORMA ADAPTACION, TAMAÑO Y COLOR) LA TENDRE CAMBIOS EN MI DENTADURA POSTIZAS REQUIEREN OTRA ALINEACION APROXIMADAMENTE DE TRES A DOCE MESES DESPUES DE LA COLOCACION INICIAL EL COSTO DE ESTE PROCEDIMIENTO NO ESTA INCLUIDO EN EL COSTO INICIAL DE LA DENTADURA POSTIZA. (INICIALES \_\_\_\_\_)

## 7. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR)

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE NO HAY GARANTIA DE QUE EL TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR SALVARA MI DIENTE, Y QUE PUEDEN PRESENTARSE COMPLICACIONES POR EL TRATAMIENTO, Y QUE EN OCASIONES SE CEMENTAN OBJETOS DE METAL EN EL DIENTE O SE EXTIENDEN A TRAVES DEL CONDUCTO RADICULAR LO CUAL NO NECESARIAMENTE AFECTA EL EXITO DEL TRATAMIENTO ENTIENDO QUE EN OCASIONES PUEDEN NECESITARSE DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ADICIONALES DEAPUES DE UN TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR (APLICDECTOMIA). (INICIALES \_\_\_\_\_)

## 8. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE TENGO UNA CONDICION GRAVE, QUE ESTA CAUSANDO INFLAMACION O PERDIDA DE ENCIAS Y DE HUESO Y QUE PUEDE CAUSAR LA PERDIDA DE MIS DIENTES. SE ME HAN EXPLICADO PLANES DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS. INCLUYENDO CIRUGIA DE LA ENCIAS, REEMPLAZADO Y/O EXTRACCIONES, ENTIENDO QUE EL SOMETERSE A CUALQUIER PROCEDIMIENTO DENTAL PUEDE TENER UN EFECTO NEGATIVO EN EL FUTURO EN MI CONDICION PERIODONTAL (INICIALES \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE LA ODONTOLOGIA NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y QUE POR LO TANTO PRACTICOS ACREDITADOS NO PUEDEN GARANTIZAR RESULTADOS POR COMPLETO RECONOZCO QUE NADIE ME HA GARANTIZADO O ASEGURADO NADA RESPECTO AL TRATAMIENTO DENTAL QUE HE SOLICITADO Y AUTORIZADO. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA FORMA Y HACER PREGUNTAS ESTOY SATISFECHO QUE ME HAN RESPONDIDO A LAS PREGUNTAS DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE LLEVE A CABO EL TRATAMIENTO PROPUESTO.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE / TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

---

(NAME OF PRACTICE)

---

# ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

---

\* You May Refuse to sign This Acknowledgement \*

I, \_\_\_\_\_, have received a copy of this  
office's Notice of Privacy Practices.

---

Please Print Name

---

Signature

---

Date

---

For Office Use Only

---

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but  
acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

---

---

---