

University of Southern Indiana
Dental Clinic
8600 University Blvd.
Evansville, IN 47712
(812) 464.1706

Kinney College of Nursing and Health Professions

CONFIRMACIÓN DE QUE HA RECIBIDO
UN DOCUMENTO SOBRE SU DERECHO A LA
PRIVACIDAD

Usted puede negarse a firmar esta confirmación

Yo, _____, he recibido una copia del documento sobre el derecho a la privacidad.

Firma de paciente

Fecha

--o si usted está firmando por un menor--

Escribir nombre del menor

Firma de paciente/tutor legal

Fecha

Sólo para el uso oficial/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
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)