

---

---

Henderson Pediatric Dentistry  
Rhonda L. Kearney, DDS, MS, PLLC

---

---

**Acuse de recibimiento de la Notificacion de  
Practicas de Privacidad**

---

Nombre y Direccion del Paciente : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He recibido una copia de la notificacion de practicas de privacidad para la clinica nombrada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Guardian del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Para uso de la Oficina Unicamente

---

**No hemos podido obtener una confirmacion por escrito de la Notificacion de  
Practicas de Privacidad porque:**

- Una emergencia ocurrio y no se pudo obtener una firma en este momento.
- El individuo se nego a firmar.
- Una copia fue mandada por correo para que la firmen y la regresen por correo.
- No se puede comunicar con el paciente por la siguiente razon:  
\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Preparado Por: \_\_\_\_\_

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

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

---

