

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, _____, (Padre, Tutor o Paciente si es mayor de 18 años) reconozco que han recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Nth Degree Orthodontics. Doy mi consentimiento al uso y divulgación de mi información médica protegida para el tratamiento, operaciones de pago y atención médica. He leído este formulario y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del paciente o persona autorizada Fecha Fecha

(Requerido si el paciente es menor de edad o un adulto que no puede firmar el formulario)