



Reconocimiento por escrito de Aviso de confidencialidad de Norfolk Medical Group

Nombre de Paciente		

(Apellido)	(Nombre)	(M)
Fecha de Nacimiento _____		

Yo e recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de Norfolk Medical Group (Nota: Mi firma no indica que e leído,entendido o que estoy de acuerdo con el aviso, solo que se me a proporcionado.)

Firma de Paciente/Padre/ Guardian Legal

Fecha

Relacion al Paciente (si no es el padre)

Documentacion del esfuerzo de Buena fe	
Se intento distribuir la Notificacion de Practicas de Privacidad a el Paciente/Padre/Guardian Legal, pero el paciente/Padre/Guardian Legal niega reconocer el recibo del Aviso de Practicas de Privacidad.	
El Aviso de Practicas de Privacidad fue enviado por correo a el Paciente/Padre/Guardian Legal en _____(fecha).	
Otro: _____	

_____ Empleado de Norfolk Medical Group	_____ Fecha