

CAROLINA FAMILY HEALTH CENTERS, INC.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

***AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD
RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO***

Fecha: _____ Número de identificación del paciente _____

Yo reconozco que fui proveído una copia de Carolina Family Health Centers, Inc. del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente (Letra en Molde)

Firma del paciente

Si es completado por un representante personal del paciente, favor de escribir su nombre en molde y firmar en el espacio de abajo.

Representante Personal (Letra en Molde)

Firma del Representate Personal

Relación al Paciente

Office Use Only:

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgment of receipt of Carolina Family Health Centers, Inc. Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Other _____

Employee's Name

Date

This form should be scanned into the patient's electronic health record.