



**Community Health Connections**

*We take great care of you!*

## Reconocimiento que he Recibido Información de la Practica

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	
Ciudad, Estado y Codigo Postal:	Fecha:

Yo reconozco que he recibido una copia con información sobre la practica del centro de CHC Family Health Center.

Yo entiendo que la información describe como el centro usa y revela mi información medica y de mis cuentas. La Noticia tambien describe mis derechos y como yo puedo recibir información adicional.

Firma del Paciente/Padres/o Representante Legal	Fecha:	Relación con el Paciente:
---	--------	---------------------------

Reconocimiento obtenido por (firma del empleadao):

---

Favor de Firmar en Letre de Molde

*Favor de transferir este documento para los Archivos Dental para poner en el expediente del paciente.*

Favor de documentar la razon si el reconocimiento no fue obtenido: