

Blue Ridge Family Dentistry
1931 Commonwealth Drive
Charlottesville, VA 22901
(434) 296-5250

HIPPA Signature

Yo, _____ he recibido una copia del DOCUMENTO DE PRACTICA DE CONFIDENCIALIDAD DE ESTA OFICINA Y ENTIENDO QUE PUEDO SOLICITAR UNA COPIA PARA MI ARCHIVO PERSONAL SI LO DESEO.

Firma del paciente (padres o tutor si es menor)

Fecha



Intentamos obtener la información mostrada arriba, sin embargo no pudimos por las razones indicadas a continuación:

- Se negó firmar
- Barreras de comunicación
- Situación de emergencia que impidió la firma
- Otra _____

Firma del persónele y fecha