



**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, (nombre del paciente) \_\_\_\_\_, reconozco y acepto que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Sleep Medicine Specialists of South Florida, P.A.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante legal del paciente (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima Nombre del Representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

**PARA EL USO DE LA PRÁCTICA :**

Sleep Medicine Specialists of South Florida, P.A. hizo los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener el reconocimiento por escrito del paciente antes mencionado de la recepción de la Notificación de prácticas de privacidad: