



## Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

Your name and signature on this sheet indicate that you have been given the opportunity to review and request a copy of the Cornerstone Kids Dental Notice of Privacy Practices (Notice) on the date indicated. If you have any questions regarding the information, please do not hesitate to contact our Patient Privacy Officer as indicated on your Notice.

Patient Name (Printed):

\_\_\_\_\_

If Patient Representative, Relationship to Patient (Printed):

\_\_\_\_\_

If Patient Representative, Name (Printed):

\_\_\_\_\_

Signature:

\_\_\_\_\_

Date Notice Received:

\_\_\_\_\_

---

## Notificación Sobre el Aviso Recibido de las Prácticas Privadas

Su nombre y firma en esta página indica que usted a recibido una copia de la Información de Prácticas Privadas de Cornerstone Kids Dental en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información de las Prácticas Privadas, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad del Paciente de Cornerstone Kids Dental, como lo indica el aviso recibido.

Nombre del paciente (Manuscrito): \_\_\_\_\_

Si esta representando al paciente, nombre (Manuscrito): \_\_\_\_\_

Indique su relación con el paciente (Manuscrito): \_\_\_\_\_

Número de cuenta o número de expediente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de aviso recibida: \_\_\_\_\_