

**Boones ferry Chiropractic and Massage**  
**Optimum health through alternative care**  
**30789 SW Boones ferry rd., Suite P, Wilsonville, OR, 97070**  
**Phone: (503)682-6778 Fax: (503) 682-6744**

## Reconocimiento de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Este formulario representa la documentación que Boones Ferry Chiropractic and Massage aviso de prácticas de privacidad se le dio a los pacientes o sus representantes personales.

Al firmar este formulario, usted reconoce que recibo del Aviso de prácticas de privacidad de quiropráctica y masaje de Boones Ferry. El aviso proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que revise el aviso cuidadosamente.

Reconozco recibo del Aviso de práctica de privacidad de Quiropráctica y masaje de Boones Ferry.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante personal)

Si firma como representante personal, por favor complete lo siguiente:

Nombre del padre / tutor / del representante personal: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### **Uso solamente para Boones Ferry Quiropráctica y Masaje:**

\_\_\_\_ Incapacidad para obtener el reconocimiento

Para se completará solo si no se obtiene una firma. Describa los esfuerzos realizados para obtener el reconocimiento del individuo y las razones por las cuales no se obtuvo el reconocimiento.

---

---

---

---

\_\_\_\_ Aviso ya proporcionado ubicación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante de quiropráctica y masaje de Boones Ferry:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_