



# Acknowledgment of Receipt of Joint Notice of Privacy Practices / Reconocimiento de Recibo del Aviso Conjunto de las Prácticas de Privacidad

I have received a copy of the Joint Notice of Privacy Practices of Coast Dental, P.A., Coast Florida, P.A. and Coast Dental of Georgia, P.C. (these entities are collectively referred to as "Coast Dental").

*He recibido una copia del Aviso Conjunto acerca de las Prácticas de Privacidad de Coast Dental, P.A., Coast Florida, P.A. y Coast Dental of Georgia, P.C. (se hace referencia colectiva a estas entidades como "Coast Dental").*

Printed Name / *Nombre con letra de molde*

Date / *Fecha*

Signature of Patient (or authorized guardian)  
*Firma del Paciente (o su tutor autorizado)*

If authorized guardian, relationship to patient  
*Si es el tutor autorizado, relación con el paciente*

Witness Name / *Nombre del testigo*

Witness Signature / *Firma del testigo*

## **\*YOU MAY REFUSE TO SIGN THIS ACKNOWLEDGMENT\***

## ***\*USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO DE RECIBO\****

### FOR OFFICE USE ONLY / *PARA USO INTERNO SOLAMENTE*

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Joint Notice of Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because: */ Hemos intentado obtener un reconocimiento de recibo por escrito de nuestro Aviso Conjunto de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener, por los siguientes motivos:*

- Individual refused to sign. */ La persona se negó a firmar.*
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment. */ Obstáculos en la comunicación impidieron obtener el reconocimiento de recibo.*
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment. */ Una situación de emergencia nos impidió obtener el reconocimiento de recibo.*
- Other (Please Specify): */ Otros (especificar):*

---



---



---

Office Location: */ Ubicación de la oficina:*