

Dental Connections, Inc.

Your Privacy Is Important to Us

Su Privacidad Es importante para nosotros

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Policies

Reconocimiento de recibo de aviso de privacidad políticas

I have received a copy or had the opportunity to read the Notice of Privacy Practices of Dental Connections, Inc. I hereby authorize, as indicated by my signature below, Dental Connections, Inc. to use and to disclose the protected health information for the individuals listed on this acknowledgement for any necessary clinical, financial, and insurance purpose, as authorized in the Patient Consent form.

Yo recibido una copia o tenido la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad de Dental Connections, Inc. Por la presente autorizo como indicado por mi firma abajo, Dental Connections, Inc. Para usar y para divulgar la información de salud protegida para las personas enumeradas en este acuse de recibo para cualquier propósito clínico, financiero y aseguransa necesasrio, según lo autorizado en el formulario de consentimiento del paciente.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

I acknowledge that I received a copy of the Notice of Privacy Practices.

Name (Nombre)

Date (Fecha)