

**WNC DENTAL**

**Drs. Westmorland, O’Kane and Associates**

**3179 Sweeten Creek Rd**

**Asheville, NC 28803**

**Phone: 828-684-1288**

Nombre del paciente Nombre preferido

Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

Dirección Ciudad Estado

Código postal

Teléfono de Casa: Celular: Trabajo:

Correo electrónico Ocupación

Altura peso Sexo: masculino femenino pronombre preferido

Estado Civil: Soltero Casado Separado Viudo

Tutor o contacto de emergencia: Nombre Teléfono

Relación con el paciente:

Seguro Dental: Empleador del Titular de la Tarjeta

¿Como supiste de nosotros?

**Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad**

**Propósito:** Este formulario se utiliza para obtener el acuse de recibo de nuestro Aviso de prácticas de privacidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener dicho acuse de recibo.

**USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO**

He recibido una copia del documento o aviso de práctica de privacidad de esta oficina.

Imprimir nombre: Firma:

Fecha: