

## AVISO Y POLITICAS DE LA CLINICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Nombre Medio Mes/ Día/ Año

Yo recibí, revise y acepto las siguientes formas de Cordido Dental Pros, PLLC. Las entiendo y acepto sus términos.

- La Ley De Portabilidad Y Responsabilidad Del Seguro De Salud "Aviso De Prácticas De Privacidad" (12/08/2023)
- Políticas De Oficina (12/15/2023)
- Derechos Y Responsabilidades Del Paciente (12/15/2023)
- Publicación De Fotos y Videos (12/15/2023)

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

Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: \_\_\_\_\_