



205 N Phoenix Rd., Ste. 325 | Phoenix, Oregon 97535
P: (541) 690-1525 | F: (541) 690-1527 | MurphyCreekWellness.com

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo, _____ (escriba el nombre del paciente), reconozco y acepto que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Murphy Creek Wellness.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre o representante legal _____ Fecha _____

Escriba en letra de molde el nombre del padre o representante legal _____

Relación con el paciente _____

PARA EL USO DE MURPHY CREEK WELLNESS SOLAMENTE

Murphy Creek Wellness made the following good faith efforts to obtain the above referenced individual's written acknowledgment of receipt of the Notice of Privacy Practices.

_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____
_____	Fecha _____