

**Reconocimiento del Recibo del Aviso de las
Practicas de la Aislamiento**

Arch Foot Care
Devang C. Patel, PC
761 Main Avenue
Norwalk, CT 06851

Nombre del Paciente: _____

Reconozco por este medio que recieve una copia de esta práctica médica PRACTICAS DE LA AISLAMIENTO. Reconozco más lejos que una copia del aviso actual está planeada en el área de la recepción y que puedo solicitar una copia de cualquier aviso enmendado de las prácticas de la aislamiento en cada cita.

Firma: _____ Fecha: _____

La relación al paciente si no firmó por el paciente: _____

Para el uso de la oficina solamente:

Recibido cerca: _____

El reconocimiento fue rechazado: _____
