



HELPING HANDS

PEDIATRIC THERAPY

EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTA DE PRACTICAS de INTIMIDAD

El propósito: Esta forma es utilizada para obtener el reconocimiento de recibo de nuestra Nota de Prácticas de Intimidad o para documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener ese reconocimiento.

****Usted Desecho de mayo para Firmar Este Reconocimiento****

Yo, _____, ha recibido una copia de Ayudar a Entregar la Terapia Pediátrica, S.a. Nota de Prácticas de Intimidad.

{Por favor Nombre de Impresión}

{Firma}

{La fecha}

Para la Oficina Utiliza Sólo

Procuramos obtener el reconocimiento escrito de recibo de nuestra Nota de Prácticas de Intimidad, pero del reconocimiento no podría ser obtenido porque:

- El individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicaciones prohibieron obteniendo el reconocimiento
- Una situación de la emergencia nos previno de obtener el reconocimiento
- Otro (Especifica por favor)
