

# CAPITAL GRUPO DENTAL

## RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE AISLAMIENTO

Usted Puede Rechazar Firmar Este Reconocimiento

Yo \_\_\_\_\_, han recibido una copia del Aviso de esta oficina de Prácticas de Aislamiento.

\_\_\_\_\_  
{ EL PACIENTE LLAMA }

\_\_\_\_\_  
{Firma}

\_\_\_\_\_  
{Fecha}

\_\_\_\_\_  
Para Empleo De oficina Sólo  
\_\_\_\_\_

Intentamos obtener el reconocimiento del recibo escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Aislamiento, pero el reconocimiento no podía ser obtenido porque:

- El individuo rechazó firmar
- Barreras de comunicaciones prohibidas obteniendo el reconocimiento
- Una situación de la emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otro (Por favor Especifique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_