

RECONOZCO HABER RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nota para el paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que establece la forma en que podemos usar y / o divulgar su información. Usted puede negarse a firmar este reconocimiento, si lo desea.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta Oficina de sus Prácticas de Privacidad.

[Nombre]

[Firma]

(Fecha)

NOTA: PACIENTE SE NEGÓ A FIRMAR EL FOLMULARIO: _____
Firma de funcionario y fecha que se negó