

Acuse de recibo de la lectura de la Declaración de prácticas de privacidad

He leído la Declaración de prácticas de privacidad de este consultorio, que explica cómo se usará y revelará mi información médica. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de ese documento.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Nombre del paciente o del representante personal

Relación del representante personal con el paciente