

MEMORIAL Physicians PLLC

Aviso sobre prácticas de privacidad: acuse de recibo

Mantenemos un registro de los servicios de cuidado de la salud que le brindamos a usted. Puede solicitar ver y copiar ese registro. También puede solicitar que se corrija dicho registro. No divulgaremos su registro a terceros, a menos que usted nos solicite hacerlo o la ley nos lo autorice u ordene. Nuestro aviso sobre prácticas de privacidad describe en más detalle cómo nuestra información de salud se puede utilizar y divulgar, y cómo usted puede acceder a su información.

Además ¿tenemos su permiso para lo siguiente?:

¿Dejar un mensaje en el contestador de su hogar?

Sí No No tiene un contestador.

¿Dejar un mensaje en su lugar de trabajo?

Sí No Jubilado o desempleado

¿Discutir su condición médica con miembros de su familia?

Sí, escriba en letra de molde los nombres de sus familiares a continuación. No

No corresponde.

Nombre y relación con el paciente

Número de teléfono

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mediante mi firma a continuación, acuso recibo del aviso sobre prácticas de privacidad.

Firma del paciente o del individuo legalmente autorizado Fecha

Nombre del paciente en letra de molde: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre en letra de molde si se firma en representación del paciente Relación
(Padre, tutor legal, representante personal)