VALLEY HEALTH TEAM
LIVE BETTER. VIVE MEJOR.

RECIBO DE AVISO DE EJERCICIOS DE PRIVACIDAD

Nombre de Paciente: _____

Numero Medico: _____ Telefono de Paciente: _____

Dirección de Correo: _____

Si firma este doumento, significa que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Ejercicios De Privacidad

Cuando prevemos servicios a usted, creamos, recibimos, y guardamos información de salud que le identifica a usted. Muchas veces es necesario usar y revelar esta información para proveer tratamiento, para obtener pago por servicios, y para conducirnos operaciones de nuestra oficina. Esto Aviso de Ejercicios de Privacidad le describe en particular como usarla y revelarla.

Yo afirma que yo he recibido el Aviso De Ejercicios de Privacidad de Valley Health Team, Inc.

_____ _____

Firma Fecha

Si firmador es representativa personal de paciente, escribe que es la relación a paciente y el origen de autoridad.

_____ _____

Relación a Paciente Nombre

Origen de Autoridad: _____