

RECONOCIMIENTO DE RECIBIMIENTO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Stamper Optometry Inc.
2508 Mission Street
San Francisco, CA 94110
415-824-2374
415-282-4781 fax

Nobre del Paciente: _____ Teléfono: _____

Domicilio del paciente: _____

*Firmando este document significa que usted ha recibido
una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad*

En el transcurso de proporcionarle servicios, creamos, recibimos y guardamos información médica que lo indentifica. Es frecuentemente necesario usar y reveler esta información médica para poder tratarlo, para obtener pago para nuestros servicios y para conducir operaciones del cuidado de salud involucrando nuestra oficina. El **Aviso de Prácticas de Privacidad** que se le dio describe estos usos y revelaciones detalladamente.

Yo reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Stamper Optometry Inc.

Firma: _____ Fecha: _____

Si está firmando como representante personal del paciente, describa la relación al paciente y la fuente de su autoridad para firmar esta forma:

Relación al Paciente: _____

Imprima su Nombre: _____

Fuente de autoridad: _____