



AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

FECHA: _____

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de ColumbiaDoctors.

Nombre del Paciente (en letras de imprenta)

Firma del paciente

Si este formulario fue completado por el representante personal del paciente, por favor escriba el nombre en letras de imprenta y firme a continuación.

Nombre del Representante Personal
(en letras de imprenta) y parentesco

Firma del representante personal

Este formulario se debe colocar en el expediente medico del paciente