



Reconocimiento del paciente del aviso de prácticas de privacidad

(Según lo exigen las Normas de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA)).

He revisado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Dailey Pediatrics and Family Medicine, P.C. en la fecha que se indica a continuación.

Entiendo que si se realiza algún cambio en este Aviso de prácticas de privacidad, se publicará una copia revisada del aviso en la oficina de Dailey Pediatrics and Family Medicine, P.C. También entiendo que si deseo recibir una copia de este Aviso de prácticas de privacidad o si tengo alguna pregunta con respecto a este Aviso o las Prácticas de privacidad, puedo preguntarle a un empleado de Dailey Pediatrics and Family Medicine, P.C. o contactar:

Dailey Pediatría y Medicina Familiar, P.C.
Unidad de arce 310
Vidalia, GA 30474
Fax: 912-805-2641

Firma del Paciente/Representante Legal del paciente

Imprimir nombre

Fecha

***Si el paciente lo niega, incluya la fecha del rechazo en el espacio a continuación, el motivo del rechazo y el nombre de la persona que revisó el rechazo.