RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD Y RESTRICCIONES SOLICITADAS

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido ***Affiliates of Family Medicine: Aviso de Prácticas de Privacidad*** **fechado en marzo 06, 2014** antes de que la oficina le brinde cualquier servicio, y usted acepta el uso y la divulgación de su información médica como se establece en este documento.

Por la presente solicito las siguientes restricciones en el uso y/o divulgación (especifique según corresponda) de mi información:

_____

_____

IMPRIMA LOS NOMBRES Y NÚMEROS DE TELÉFONO de las personas (familia/amigos) a las que se les puede divulgar información confidencial:

Nombre:_____ Telefono#:_____

Nombre:_____ Telefono#:_____

Nombre:_____ Telefono#:_____

Nombre:_____ Telefono#:_____

Nombre:_____ Telefono#:_____

Nombre:_____ Telefono#:_____

Nombre:_____ Telefono#:_____

Imprima
Nombre del Paciente:_____ Fecha de Nacimiento:_____

X_____
Firma del Paciente/Guardian

CIRCLE UNO:
Paciente o Representante Legal

_____ Fecha de Hoy:_____
Imprime Nombre de Guardian

Si es Representante Legal, describa su relación con el paciente:_____

©2013, Texas Medical Association and Jackson Walker LLP, All Rights Reserved