

South Austin Oral Surgery – Aviso de Prácticas de Privacidad

Acuse de recibo de la revisión

Fecha: _____

He revisado las Prácticas de privacidad de South Austin Oral Surgery (SAOS) (versión vigente el 1 de diciembre de 2022), que explican cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este aviso si así lo solicita.

Nombre del Paciente (Impreso)

Firma del Paciente

Si lo completa el representante personal de un paciente, indique su relación con el paciente y escriba su nombre en letra de imprenta y firme en el espacio a continuación.

Relación con la paciente (Imprimir)

Representante personal (Imprimir)

Firma del representante personal