

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) regulations require us to provide to you, the patient or personal representative, a copy of our Notice of Privacy Practice and for you to sign as acknowledging receipt of this brochure.

Print Name

Relationship to Patient

Signature

Date

AVISO SOBRE PRÁCTICAS PARA MANTENER LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Los reglamentos de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) (en español: Acta de Responsabilidad y Traslado) requieren que le proporcionemos a usted como paciente o a su representante personal, una copia de nuestro Aviso Sobre Practicas Para Mantener la Información Confidencial y que usted acuse recibo del folleto por medio de su firma.

Nombre impreso

Relación con el paciente

Firma

Fecha