

**KAGAN, JUGAN & ASSOCIATES, P.A. ACUSE
DE PACIENTE DE RECIBO DE AVISO DE
PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Por la presente reconozco que he recibido la Kagan, Jugan & Associates, P.A. médica
aviso de privacidad de información para mi revisión antes de recibir servicios a través de Kagan,
Jugan & Associates, P.A.

Representante de la firma del paciente o el paciente

Escriba el nombre del paciente o representante del
paciente

Relación del paciente es representante en el
paciente

Fecha