



Recibo de "Notificación a Practicas de Privacidad"

AUSTIN PRIMARY CARE PHYSICIANS me ha proporcionado información relacionada a la notificación a prácticas de privacidad. Esta notificación describe la responsabilidad de esta oficina a mi privacidad, mi derecho a ella y como Austin Primary Care Physicians puede hacer uso a su habilidad de ceder información protegida sobre mi salud con fin de seguir un tratamiento, pagos y operativo de salud. (TPO)

Al firmar esta forma, reconozco el haber recibido y revisado la notificación a prácticas de privacidad la cual explica como mi información medica y personal será usada y compartida. Yo entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de este documento cuando haga petición a él.

Nombre del Paciente (Letra en molde)

Firma del paciente/representante

Fecha

Representante-indicar su relación al paciente.

Recibo, Practicas de Privacidad.

Updated 10/8/15..vc

NORTH AUSTIN
2200 Park Bend, Dr. Bldg. 2, Ste. 300
Austin, TX 78758
(512) 836-5665
(512) 997-9092

CEDAR PARK
11901 W. Parmer Lane, Ste. 300
Cedar Park, TX 78613
(512) 652-0050
(512) 997-9092