

Reconocimiento del Aviso de Practicas de Privacidad

La ley requiere que Meyerland TSO, P.A. Haga todo esfuerzo a informarle a Ud. De sus derechos en cuanto a su informacion medica personal. Al firmar abajo, yo reconozco que:

Yo lei o se me explico el Aviso de Practicas de Privacidad de Meyerland TSO, P.A. Y consiento a continuar mi tratamiento por Meyerland TSO, P.A. Bajos los terminos mencionados.

Yo tenia la oportunidad de leer el Aviso de Practicas de Privacidad de Meyerland TSO, P.A. Y la rehuse pero quiero continuar mi tratamiento con Meyerland TSO, P.A. Bajo los terminos de las practicas de privacidad de Meyerland TSO, P.A..

Yo lei o se me explico el Aviso de Practicas de Privacidad de Meyerland TSO, P.A. Y no quiero continuar tratamiento con Meyerland TSO, P.A. Bajos los terminos mencionados.

El Aviso de Practicas de Privacidad no podia leerse por la naturaleza de mi tratamiento o por las razones siguientes:

LEI Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO. LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

Paciente

Fecha

Si U., esta firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relacion

Representante

Relacion al paciente