



Reconocimiento de LRPSM
Aviso de Practicas de Privacidad

Nombre de Paciente Imprimido: _____
Fecha de Nacimiento de Paciente: _____

Yo reconozco haber recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de Advocare.

Firma de Paciente/ Representante Legal: _____ Fecha: _____

Uso de Oficina:

Para ser completado solamente si no obtiene firma. Si no es posible obtener el reconocimiento del individuo, describe el esfuerzo de buena fe que fue hecho para obtener el reconocimiento del individuo, y la razón porque no pudo obtener el reconocimiento

Razón: _____
Firma del Representante de Advocare: _____
Nombre Imprimido: _____ Fecha: _____