



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Texas Oncology se compromete a proteger su privacidad y asegurar que su información de salud se usa y se divulga apropiadamente. Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad identifica todos los posibles usos y divulgaciones de su información de salud por parte de nuestra clínica y resume sus derechos con respecto a su información de la salud. **Firme por favor el formulario a continuación para reconocer que usted ha recibido nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad.**

Reconozco que he recibido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Texas Oncology.

Nombre: (en letra de imprenta) _____

Firma: _____

Nombre del representante personal (si corresponde): _____

Firma del representante personal (si corresponde): _____

Fecha: _____

Solo para uso de Texas Oncology

Fecha de la recepción del acuse de recibo: _____

-O-

Motivo por el cual no se obtuvo el acuse de recibo:
