

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Texas Oncology está comprometido con la protección de su privacidad y en garantizar que su información médica sea usada y compartida de manera adecuada. Este Aviso de Prácticas de Privacidad identifica todos los usos y divulgaciones potenciales de su información médica por nuestra parte y describe sus derechos respecto a su información médica. **Firme el formulario a continuación para confirmar que ha recibido nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**

Acuso recibo de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Texas Oncology.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente o de su representante legal: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (en caso de que el paciente no sea el firmante): _____

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firma a continuación:

Firma de la persona que leyó/tradujo el documento: _____ Fecha: _____

Texas Oncology Use Only
Date Acknowledgement Received: _____

-OR-

Reason acknowledgment was not obtained:

