

**Acuse de Recibo del Notificación de Prácticas Privacidad**

**Su nombre y su firma en este documento indica que usted ha recibido una copia de las prácticas de privacidad de la Oficina Médica de Antonio A. Flores, M.D. P.A. en la fecha indicada. Adicionalmente, usted autoriza el uso y divulgación de su información médica según lo establecido en el Aviso de Prácticas de Privacidad, salvo que se indique expresamente a continuación. Si usted tiene alguna pregunta sobre las prácticas de privacidad de nuestra oficina, favor de comunicarse con un representante de la Clínica o con el Oficial de Privacidad del Paciente, como lo indica el aviso.**

**¿Podemos nosotros lanzar su información de salud a miembros de familia o cualquier otro individuo o cuidadores de atención?**

**( ) SÍ ( ) NO**

**En caso afirmativo**, enumere nombre y la relación siguiente

Nombre: Relación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente solicito las siguientes restricciones en el uso y/o divulgación (especificar según corresponda) de mi información:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Manuscrito) Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha de Aviso Recibida

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si esta Representando al Paciente, Nombre Indique su Relación con el Paciente