

**Política de la Oficina Para los Pacientes Acknowledgement Form**

He leído y entendido la Política de la Oficina para los Pacientes de Antonio A. Flores, M.D., P.A. Al firmar abajo Acuso recibo y la comunicación de estas políticas conmigo y se han hecho conscientes de que el incumplimiento con la política de la oficina para los pacientes puede resultar en mi despido como paciente para Antonio A. Flores, M.D. P.A. y asociado proveedores médicos. Entiendo que Antonio A. Flores, M.D. P.A. se reserva el derecho de modificar la política de la oficina para los pacientes según sea necesario y Me reservo el derecho de solicitar una copia impresa de la política de la oficina para los pacientes.

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

Paciente / Nombre del Tutor legal (Impresión) Fecha de Nacimiento del Paciente

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

Paciente / Firma del Tutor Legal Fecha