



Declaración/Certificación De Por Vida

Declaración:

I, _____ declaro y certifico que he recibido la siguiente información:

_____ Normas de Privacidad
(Iniciales)

_____ Derechos y Responsabilidades del Paciente
(Iniciales)

_____ Programa de protección para prevenir el robo de Identidad
(Iniciales)

_____ Información de Contactos durante el cierre de nuestras localidades
(Iniciales)

_____ Yo designo la siguiente persona(s) a la cual mi información médica puede ser divulgada:
(Iniciales)

Nombre de la persona designada

Nombre de la persona designada

Nombre de la persona designada

Nombre del Paciente o del representante personal del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o del representante personal del Paciente

Relación con el Paciente

Patient Name: _____

D.O.B. _____ Pt. No. _____