

Acuse de Recibo de Aviso

Medical Specialists of the Palm Beaches, Inc.
Oficial de Privacidad
5700 Lake Worth Road, Suite 204
Lake Worth, FL 33463
Línea de Asistencia sobre Cumplimiento: (561) 207-2120

Por la presente confirmo que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio médico.

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Teléfono: _____

Si no es firmado por el paciente, por favor indique el parentesco:

- Padre o tutor de un paciente menor de edad
- Tutor o custodio de un paciente incapacitado

Nombre del Paciente: _____

Para Uso de la Oficina Solamente:

- Formulario firmado recibido por: _____
- Certificación denegada:

Esfuerzos por obtenerlo:

Razones para negarse:

