

Reconocimiento de Recepción de Aviso

Miguel L. Gallegos, MD
8004 Constitution Pl. N.E.
Albuquerque, NM 87110
(505) 924-2225

Por la presente reconozco que leo una copia de los Derechos del Paciente HIPPA de esta práctica médica.

Me gustaría recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad enmendado enviando una solicitud a Stacy Taylor, Oficial de Privacidad, en la dirección y número de teléfono presente.

Sí _____ No _____

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Numero de telefono: _____

Si no está firmado por el paciente, indique su relación con el paciente.

- Paciente o tutor del paciente menor
- Guardián o conservador de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del paciente: _____

Sólo para uso en la oficina:

Formulario firmado/ recibido por: _____

Reconocimiento rechazado:

Esfuerzos para obtener/razones de denegación:

