

Santa Maria Medical Group

RECONOCIMIENTO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de SANTA MARIA MEDICAL GROUP.
Entiendo que SANTA MARIA MEDICAL GROUP tiene el
derecho a cambiar las Prácticas de Privacidad de tiempo a tiempo y que yo puedo
comunicarme con SANTA MARIA MEDICAL GROUP en cualquier momento para obtener una
copia de la Notificación más reciente de las

Prácticas Privadas.

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Firma del paciente: _____

Representante Legal: _____

Relación al Paciente: _____

Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY/USO PARA LA OFICINA PRINT PLEASE

I have attempted to obtain the patient's signature on this form, but was not able to for the
following reason:

Date: _____

Initials: _____

Please document the reasons you were unable to obtain the signature.
