



Community Care Physicians

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad
Nombre del/de la paciente
de parte de Community Care Physicians.

Firma del/de la paciente o tutor/a

Fecha de Nacimiento

Fecha

Testigo

Fecha