

AMY BERHANU-DEMISSIE, DDS
1781 N. WATERMAN AVE.
SAN BERNARDINO, CA 92404
(909) 882-4988

Aviso de Prácticas de Discreción Reconocimiento del Paciente

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo he recibido este Aviso de Práctica de Discreción de esta práctica médica escrita en lenguaje sencillo. Este Aviso provee en detalle los usos y divulgación de mi información protegida de la salud que esta práctica médica pueda hacer, de mis derechos individuales, de cómo puedo yo ejercitar estos derechos, y de las obligaciones legales de esta práctica médica con respecto a mi información.

Yo entiendo que esta práctica médica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Discreción y hacer cambios con respecto a toda la información protegida de la salud que aquí se encuentre o que esté controlada por esta práctica. Yo entiendo que puedo obtener este aviso vigente de las Prácticas de Discreción de esta práctica médica si yo lo solicitara.

Firma: _____

Fecha: _____

Relación de parentesco con el paciente (si esto fuese firmado por un representante personal del paciente): _____