3650 NW 82nd Avenue, Suite 103
Doral, FL 33166
Teléfono: (305) 227-4263 Fax: (305) 537-7222

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Reconozco por este medio que he recibido una copia de Badia Hand to Shoulder Center de las practicas de la privacidad según los requisitos de ley federal.

_____ _____
Fecha Firma del Paciente

Representante del Paciente: Razón por que el paciente no firmo:

_____

_____

_____
Firma del personal

Consentimiento del paciente para el uso y el acceso a la información de su salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha del consentimiento: _____

Autorizo la oficina de Badia Hand to Shoulder Center para divulgar la información protegida de mi salud al siguiente:

Nombre y relación de las personas autorizadas a recibir la información:

_____

_____

_____

Por favor circular Uno:

Yo **Si / No** autorizo la oficina de Badia Hand to Shoulder Center para dejar mensajes telefónicos con respecto a mi información protegida en el contestador automático.

_____ _____
Firma del Paciente Fecha de Autorización