

Acuse de recibo

WOODROME MEDICAL, PA
ACUSE DE RECIBO Y RESTRICCIONES SOLICITADAS

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Woodrome Medical PA o cualquier servicio que le sea proporcionado por la clínica, y da su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica según lo aquí establecido.

Por la presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y/o divulgación (especificar según corresponda) de mi información:

NOMBRE Y NÚMEROS DE TELÉFONO de las personas a quienes se puede divulgar información confidencial:

Nombre

Número de teléfono

Firma

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Seleccione una opción:

- ☐ Paciente ☐ Representante legal

Nombre

Si es representante legal, relación con el paciente