

Thida Maw M.D, P.C
2201 Randall Road
Carpentersville, IL 60110
(847) 428-1179

Recibo de la Notificación de prácticas de privacidad Formulario

Yo, _____ (Nombre del Padre/ Garante Autorizado)
Por lo presente acuso recibo de la notificación del
médico de las prácticas de privacidad. La nota de prácticas de privacidad proporciona
información detallada acerca de cómo la puede utilizar y divulgar mi información confidencial.

Entiendo que el médico se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que
se describen en el Aviso. También entiendo que una copia de cualquier aviso modificado será
siempre para mí o puesta a disposición.

Entiendo que este consentimiento es válido hasta que sea revocada por mí. Entiendo que
puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito de
mi deseo de hacerlo, para el médico. También entiendo que no seré capaz de revocar esta
autorización en los casos en que el médico ya ha confiado en ella para usar o divulgar mi
información de salud. Por escrito la revocación del consentimiento deben ser enviados a la
oficina del médico.

Nombre del paciente(s):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Relación al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____