



Letra molde nombre: Primero

Segundo

Apellido

Reconocimiento de Recibo de Derechos del Paciente

Con mi firma, yo reconozco que he recibido los Derechos del Paciente.

Firma

Fecha

Relación con el paciente (si no es firmado por el paciente)

Las iniciales de empleados

Reconocimiento de Recibo del Aviso del Prácticas de Privacidad

Con mi firma, yo reconozco que he recibido el Aviso del Prácticas de Privacidad.

Firma

Fecha

Relación con el paciente (si no es firmado por el paciente)

las iniciales de empleados