



MRN# _____

Aviso de las Prácticas de Privacidad Recibo y Reconocimiento del Aviso

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: (mes) _____ (día) _____ (año) _____

Número de Seguro Social: _____

Por medio de esta, yo reconozco que he recibido y me han dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica Comunitaria de Salud Charlotte. Entiendo que si tengo alguna pregunta acerca del Aviso o mis Derechos de Privacidad, yo puedo llamar a la oficina administrativa al 704-384-1980.

Firma del Paciente, Tutor Legal o Representante del Paciente

Fecha (mes/día/año)

Firma del Empleado

Fecha