

PHI CLINIC

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN HIPAA

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de PHI Clinic, el cual explica cómo puede usarse y divulgarse mi información médica protegida y cómo puedo acceder a ella.

Entiendo que PHI Clinic puede usar y divulgar mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según se describe en dicho aviso.

Entiendo que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Patient Name: _____

Signature: _____

Date: _____

PHI Clinic
Ernesto Padron, MD
Medical Director | Board Certified Family Medicine
Miami, Florida