

**Family Health Center of Mission**  
**Reconocimiento de que Recibi Aviso de la Practica de la Privacidad**

He leído, entendido, y acepto los terminos y condiciones en el aviso de privacidad de FHCM. Doy mi autorización para usar y revelar mi información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago, y procedimientos médicos. Doy mi autorización para que me llamen a los números de teléfono que están en mi expediente para recordarme de citas y de resultados médicos.

\_\_\_\_\_  
**Nombre Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Hoy**

Complete lo siguiente si esta autorizado a firmar por otro paciente; menor de edad, persona de clarada incompetente o en su custodia legal.

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la Persona Representante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de Hoy*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la Persona Representante*

\_\_\_\_\_  
*Representante Personal*

*Testigo* \_\_\_\_\_  
*Empleado que fue testigo de la firma (Staff member who witnessed signature)*

**Family Health Center of Mission**  
**Reconocimiento de que Recibi Aviso de la Practica de la Privacidad**

He leído, entendido, y acepto los terminos y condiciones en el aviso de privacidad de FHCM. Doy mi autorización para usar y revelar mi información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago, y procedimientos médicos. Doy mi autorización para que me llamen a los números de teléfono que están en mi expediente para recordarme de citas y de resultados médicos.

\_\_\_\_\_  
**Nombre Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Hoy**

Complete lo siguiente si esta autorizado a firmar por otro paciente; menor de edad, persona de clarada incompetente o en su custodia legal.

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la Persona Representante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de Hoy*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la Persona Representante*

\_\_\_\_\_  
*Representante Personal*

*Testigo* \_\_\_\_\_  
*Empleado que fue testigo de la firma (Staff member who witnessed signature)*