

**HIPAA AVISO DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_  
He leído y entendido la notificación de privacidad HIPAA para especialistas en  
Ophthalmology Specialists of Texas, PLLC.

Una copia se hizo disponible para mí a mi petición.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si no firmado, razón por qué no obtuvieron confirmación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testigo personal buscando confirmación:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_