

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: _____