



# AFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

120 West Hospital Drive  
West Columbia, SC 29169  
(803) 791-2722  
FAX: (803) 791-2723

723 South Lake Drive  
Lexington, SC 29072  
(803) 359-4132  
FAX: (803) 359-7470

811 W. Main Street, Sala 202  
Lexington, SC 29072  
(803) 785-4780  
FAX: (803) 785-4767

Cirugía General, Vascular  
y Torácica

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta/Expediente: \_\_\_\_\_

He recibido una copia del Aviso de la Política de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el individuo

Por favor anote los nombres de los individuos a los que usted autoriza para recibir su información médica y/o financiera a continuación:

	Nombre	Parentesco	Teléfono
1.			
2.			
3.			
4.			

¿Usted permite al personal de nuestro consultorio dejar mensajes en su contestador automático?  Sí  No

¿Usted permite al personal de nuestro consultorio llamarlo/la al trabajo?  Sí  No