



Lakeland Medical Associates

Providing Care for the Entire Family Since 1995

Reconocimiento de Revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Además, autorizo a mi médico y a su personal a contactarme por los medios designados que se indican a continuación.

Teléfono de casa: _____ *Marque uno:* Solo llamadas / Llamadas y buzón de voz
Teléfono del trabajo: _____ *Marque uno:* Solo llamadas / Llamadas y buzón de voz
Teléfono móvil: _____ *Marque uno:* Solo llamadas / Llamadas y buzón de voz
Email/Portal del paciente: _____

Además, autorizo a mi médico y a su personal a comunicar información sobre citas, resultados médicos y problemas de facturación a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito, Atención del Oficial de Privacidad.

Firma del paciente/representante: _____ **Fecha:** _____

**Si no está firmado por el paciente, Nombre del representante autorizado:* _____

Relación con el paciente: ☐ Padre/Tutor ☐ POA ☐ Otro: _____