

GRUPO MEDICO LOUDOUN

Recibo de Noticia de Prácticas de Privacidad

Yo, _____, reconozco haber recibido en _____, una
(imprima el nombre del paciente) (imprima la fecha)
copia de las prácticas de privacidad del Grupo Médico Loudoun.

Iniciales o firma del paciente

PARA USO OFICIAL UNICAMENTE

Intenté obtener la firma del paciente como reconocimiento de este recibo de la Noticia de Prácticas de Privacidad, pero no fue posible por la siguiente razón aquí documentada:

Fecha	Iniciales de Personal	Razón
		Rehusó firmar (circule si es aplicable) Otra razón: