

Reconocimiento de Recibo de Nuestra Notificación de Practicas de Privacidad

Nephrology Associates
2301 Circadian Way, Ste. A
Santa Rosa, CA 95407
707-526-2027

Nombre del Paciente: _____

Por la presente reconozco que he recibido notificación de Prácticas de Privacidad de los Drs. Eric L. Cheung, Federico Calaf, Sandra Barrow, Rangashree Varadarajan, Lorigail T. Echipare Nephrology Associates. Además, reconozco que una copia de la notificación actual será publicada en la recepción y que me ofrecerán una copia de cualquier notificación modificada de Prácticas de Privacidad en cada cita.

Firma: _____

Fecha: _____

Imprima su Nombre: _____

Teléfono: _____

Si no está firmada por el paciente, por favor, indique:

Relación:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o conservador de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal de paciente fallecido