

Tri-Area Community Health

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo, _____, he recibido el Reconocimiento de Prácticas de Privacidad de Tri-Area Community Health Centers en Laurel Fork, Ferrum, Fries, Grayson Highlands, Stuart y Floyd.

Or, (O,)

In lieu of patient signature, I _____, a staff member of Tri-Area Community Health, state that _____ has been given our current Notice of Privacy Practices.

(En lugar de la firma del paciente, yo, _____, un funcionario de Tri-Area Community Health, declaro que a _____ se le ha dado nuestro Reconocimiento de Prácticas de Privacidad actual.)

Firma _____ Fecha _____

(Scan into patient medical record)