

# Acuse de recibo del paciente

[ ]  Horario de atención al público

[ ]  Aviso sobre prácticas de privacidad

[ ]  Responsabilidades y código de conducta del paciente

[ ]  Derechos del paciente

[ ]  Aviso de descuento por tarifa variable

Reconozco que he recibido la siguiente información. Si necesito otra copia de alguno de estos documentos, puedo solicitarla en cualquier momento.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma | Fecha |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre impreso | Fecha de nacimiento |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Yo |  |
| Relación  |  |