



NorthShore
MEDICAL GROUP

Aviso Y Reconocimiento De Practicas De Privacidad

NorthShore Medical Group tiene una responsabilidad de proteger la privacidad de su informacion medica y proveerle un Aviso de Practicas de Privacidad en cual describa como su informacion puede ser usada, distribuida o como pueda acessar su informacion medica y a quien pueda contactar si tiene alguna pregunta, preocupaciones o reclamos.

Nosotros podemos cambiar el Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento, y usted puede contactarnos en cualquier moment al 509-493-2133 para obtener una nueva copia del Aviso de Practicas de Privacidad o hacernos preguntas.

Por mi firma abajo, Yo acepto que eh recibido la Noticia de Practicas de Privacidad de NorthShore Medical Group.

Nombre de Paciente

Firma de Paciente o Guardian Legal

Fecha

Nombre de Persona si firmo por medio de Paciente

Relacion

Esta forma sera retenida en su Historial Medico

Para el Personal de la Oficina Solamente:

Office staff complete below
I have attempted to obtain the patient's signature on this form, but was not able to obtain it for the reason(s) listed below

Date: _____ Staff member initials: _____

Reasons: _____

