



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

1300 Fulton Street, Suite 203
Denton, TX 76201-2661
Tel de oficina: (940) 383-2424
Facsimil: (940) 387-5676
maprovost@dentoncrs.com

NOMBRE DEL PACIENTE (Letra de imprenta)

He recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad del *Denton Colon & Rectal Surgery* (“*Denton CRS*”), PA, el cual me explica cómo se va a utilizar y divulgar mi información médica. Entiendo que tengo el derecho de recibir copia de este documento para mis archivos personales.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Nombre de la persona que firmó arriba

Relación del Representante con el Paciente

Testigo de la *Denton Colon and Rectal Surgery*