

Anita Kishen MD LLC

120 W 7th Street,
Plainfield, NJ 07060

795 Inman Ave,
Colonia, NJ 07067

CONSTANCIA DE HABER OBTENIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, he recibido una copia de la **NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** de Anita Kishen, MD.

ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE EL NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

* Si quien firma no es el paciente, escribir con letra legible el nombre e indicar el parentesco que esta persona tiene con el paciente.

PARENTESCO: _____

¿DESEA UNA COPIA DE LA **NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**? SI NO

PARA USO DE LA OFICINA

Si el paciente o representante autorizado solicitó una copia de la Notificación:

Fecha de entrega de la copia: _____

Si el paciente o su representante se niegan a firmar esta constancia, escriba las razones por las que no firmaron y detalle que acciones se tomaron para obtener sus firmas.
