



## Reconosco que recibí el Aviso de las Prácticas de la Privacidad

Diabetes Care Center  
1260 South Main St., Suite 202  
Salinas, CA 93901  
Rick Gomez, Privacy Officer -- 831.769.9355

Reconozco por este medio que yo recibí una copia del Aviso de esta oficina médica de las Prácticas de la Privacidad. Yo reconozco que una copia actual del aviso debe estar en la area de la recepcion, y a mi me van a ofrecer una copia de cualquier enmienda que se haga al Aviso de Practicas de la Privacidad en cada cita.

Quiero recibir una copia de cualquier aviso enmendado de las prácticas de la privacidad por correo electrónico en:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre letra de molde: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el paciente, favor indique:

Parentesco:

- padre o guardian del paciente si es menor de edad
- guardian o conservador de un paciente incompetente
- beneficiario o representante si el paciente fallecio

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_