

ASOCIADOS DE DERMATOLOGÍA DEL ÁREA DE LA BAHÍA

RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RECONOCIMIENTO POR ESCRITO FORMULARIO

Yo, _____, he recibido una copia de un Asociados de Dermatología del Área de la Bahía Aviso de Practicas de Privacidad.

Yo entiendo que la fotografía médica es una forma integral de la documentación gráfica de la Asociados de Dermatológica del Área de la Bahía. Entiendo que todas las fotografías médicas se mantendrán en el cumplimiento de las prácticas de la oficina de privacidad. Si las fotografías se reproducen con fines educativos, la identidad del individuo será ocultó de forma explícita.

Entiendo y acepto que soy responsable financieramente por un mínimo de \$ 25 por el envío de copias de mi archivo solicitado afuera de la oficina. El precio incluye: cargos de copiado, incluyendo el costo de los suministros y mano de obra, y gastos de envío relacionados con la reproducción de mi información.

Firma del Paciente/ Guardián

Fecha