

# Family Health Center of Mission

## Reconocimiento de que Recibí Aviso de la Practica de la Privacidad

He leído, entendido, y acepto los términos y condiciones en el aviso de privacidad de FHCM. Doy mi autorización para usar y revelar mi información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago, y procedimientos médicos. Doy mi autorización para que me llamen a los números de teléfono que están en mi expediente para recordarme de citas y de resultados médicos.

\_\_\_\_\_  
**Nombre Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Hoy**

Complete lo siguiente si esta autorizado a firmar por otro paciente; menor de edad, persona de clarada incompetente o en su custodia legal.

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la Persona Representante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de Hoy*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la Persona Representante*

\_\_\_\_\_  
*Representante Personal*

*Testigo* \_\_\_\_\_

*Empleado que fue testigo de la firma (Staff member who witnessed signature)*

# Family Health Center of Mission

## Autorización para Revelar Información Protejida A un Miembro Familiar oh Alguna Persona Designada Por Mi

Yo, \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, Doy autorización para que revelen mi información médica a \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_.

Relacional paciente: \_\_\_\_\_

Excepto para extender acción que ya se ah tomador en acuerdo con esta autorización, en cual quier momento puedo revokar esta autorización mandando una carta escrita a la oficial encargada de la privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado-Testigo