

Fecha: _____

Firma: X _____

Nombre Clinico : Jorge Bordenave MD, PA

Direccion : 8720 SW 88th St Miami FL 33176 Telefono : 305-446-2444

Nombre de la persona a cargo de la Politica de privacidad (en la practica):

AVISO DE POLITICA DE PRIVACIDAD

Me han aconsejado sobre la politica de privacidad de la practica que se menciona al principio de la pagina.

Nombre del paciente (letra de molde) _____

Firma : X _____

Fecha: _____ Fecha de nacimiento (paciente): _____

Expediente #: _____

Nombre del representante autorizado (si aplica): _____

Nombre del representante (letra de molde): _____

Relacion con el paciente (Padre, guardian legal etc): _____

Para uso de la practica solamente :

Firma del empleado de la practica : _____ Fecha : _____