



Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

RECIBO DE AVISO DE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Yo dejo constancia que he recibido una copia de aviso de confidencialidad del paciente de Tannan Plastic Surgery. Este aviso describe cómo Tannan Plastic Surgery puede usar y/o divulgar mi estado de salud, así como las restricciones de uso de dicha información y los derechos que yo pueda tener sobre la confidencialidad de la información de mi salud.

Firma del paciente o representante

Fecha

Relación con el paciente

TARJETA DE CRÉDITO- HIPAA

TANNAN PLASTIC SURGERY REQUIERE UN PERMISO FIRMADO POR EL PACIENTE CUANDO SE USA LA TARJETA DE CRÉDITO PARA UN PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN EN ESTA OFICINA. SI HAY UNA DISPUTA CON LA COMPAÑÍA DE CRÉDITO DEBIDO A UN PROCEDIMIENTO RELACIONADO CON ESTA OFICINA, TENEMOS QUE TENER LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA RESPONDER ADECUADAMENTE A LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR EL BANCO O CUALQUIER OTRA ORGANIZACIÓN RELACIONADA CON ESA TRANSACCIÓN.

VALORAMOS SU PRIVACIDAD Y PROMETEMOS QUE EL PERSONAL DE TANNAN PLASTIC SURGERY NO DIVULGARÁ INFORMACIÓN SALVO QUE SEA NECESARIO PARA RESOLVER LA DISPUTA.

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Firma

Fecha

Tannan Plastic Surgery

10208 Cerny St, Suite 204, Raleigh, NC 27617

(919) 797-0996

www.tannanmd.com

info@tannanmd.com

