

## PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

He recibido el aviso de Prácticas de Privacidad para las oficinas del Dr. Jack M. Thomas. Me han proporcionado la oportunidad de revisarlo.

- Le autorizo a que libere información a los siguientes individuos con respecto a mi médico/tratamiento. Usted puede liberar esta información ya sea por teléfono o correo.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

- LE AUTORIZO a dejar información sobre las citas a través de contestador automático o correo electrónico.
- NO LE AUTORIZO a dejar información sobre las citas a través de contestador automático o correo electrónico.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

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

---

## POLÍTICA FINANCIERA

### FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

He recibido la política financiera del Dr. Jack M. Thomas, y se me ha brindado la oportunidad de revisarla.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

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