

REN
DERMATOLOGY
AND AESTHETICS

Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de REN Dermatology. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que puedo comunicarme con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente o guardián legal (letra de molde)

Fecha

Firma

Si desea una copia del Aviso de *Prácticas de Privacidad* de REN Dermatology, notifique a la recepción.