

ADVANCED HEARING CENTER

1223 Lake Pointe Pkwy Sugar Land, TX 77478
(281) 491-0200 FAX (281)491-0771

Acknowledgement of Review of Notice of Privacy Practices

Reconocimiento de la Revisión de Nota de Prácticas Privadas

I have reviewed this office's Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document.

(He revisado estas notas de la oficina de Prácticas Privadas, que explica cómo mi información médica se utilizará y será revelada. Entiendo que tengo derecho para recibir una copia de este documento.)

Signature of Patient or Personal Representative

(La firma de el Representante del Paciente)

Date

(Fecha)

Name of Patient or Personal Representative

(El nombre de Paciente o Representante Personal)

Description of Personal Representative's Authority

(La descripción de la Autoridad Personal de el Representante)