

# Acuse de recibo del paciente

Horario de atención al público

Aviso sobre prácticas de privacidad

Responsabilidades y código de conducta del paciente

Derechos del paciente

Aviso de descuento por tarifa variable

Reconozco que he recibido la siguiente información. Si necesito otra copia de alguno de estos documentos, puedo solicitarla en cualquier momento.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma | Fecha |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre impreso | Fecha de nacimiento |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Yo |  |
| Relación |  |