



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (“el Aviso”) proporciona información acerca de: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) cómo podremos usar y divulgar información médica protegida acerca de nuestros pacientes.

Los reglamentos federales exigen que entreguemos nuestro Aviso a nuestros pacientes o sus representantes autorizados antes de firmar este acuse de recibo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, envíe un mensaje electrónico (correo-e) a **privacy\_officer@mednax.com** o una carta a:

Privacy Officer  
MEDNAX Services, Inc.  
1301 Concord Terrace  
Sunrise, FL 33323

Con su firma en este formulario, usted simplemente confirma que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del representante autorizado