



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO**

El Aviso de prácticas de privacidad de Family Medicine Health Center describe como la información médica del paciente puede ser usada y divulgada y describe sus derechos con respecto a esta información protegida.

Su firma indica que usted ha leído, comprende y acepta el Aviso de prácticas de privacidad de FMHC.

Nombre escrito de Paciente: \_\_\_\_\_

Forma de padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**PARA EMPLEADOS DE FMRI SOLAMENTE**

Si el paciente o guardián se niega a firmar / completar este formulario, por favor complete esta sección.

**Fecha Ofrecido a paciente:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **# ID de Paciente:** \_\_\_\_\_

**Motivo de Reconocimiento Incompleto:** \_\_\_\_\_

**Nombre escrito de empleado de FMRI:** \_\_\_\_\_

**Firma de empleado de FMRI:** \_\_\_\_\_



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

**AVISO DE PROCEDIMIENTOS DE QUEJA  
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO**

El Procedimiento de Quejas de Family Medicine Health Center permite a los pacientes a presentar una queja con respecto a su tratamiento médico, las prácticas de facturación FMHC o las políticas generales de funcionamiento de FMHC. Los pacientes pueden solicitar hablar con los supervisores FMHC o pueden presentar quejas por escrito.

Su firma indica que usted comprende su derecho a presentar una queja ante FMHC.

Nombre escrito de Paciente: \_\_\_\_\_

Forma de padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**PARA EMPLEADOS DE FMRI SOLAMENTE**

Si el paciente o guardián se niega a firmar / completar este formulario, por favor complete esta sección.

**Fecha Ofrecido a paciente:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      **# ID de Paciente:** \_\_\_\_\_

**Motivo de Reconocimiento Incompleto:** \_\_\_\_\_

**Nombre escrito de empleado de FMRI:** \_\_\_\_\_

**Firma de empleado de FMRI:** \_\_\_\_\_