



ACUSE DE RECIBO

He recibido el aviso de prácticas de privacidad y he recibido la oportunidad de revisarlo.

También he recibido la notificación conjunta de prácticas de privacidad y he recibido la oportunidad de revisarlo.

Por favor marque la caja de ser aplicable:

No autorizo Imperial Valley Family Care Medical Group a revelar a cualquiera y/o toda la información a cualquiera y todos los afiliados de CareQuality, UCSD, Commonwell, Prism, Aledade ACO y Manifest.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____