



OUTCOMES^{INC.}

BUILDING PATHWAYS TO WELLNESS

COUNSELING · EMPLOYEE ASSISTANCE · CONFLICT RESOLUTION

1503 University Blvd. NE
Albuquerque, NM 87102
505-243-2551

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre _____

Reconozco que se me ha entregado una copia del aviso que describe cómo mi información médica podrá ser utilizada y revelada y cómo puedo tener acceso a esta información. Este aviso me informa sobre las prácticas de privacidad de Outcomes, Inc., e indica quién es el Oficial de Privacidad y me da información detallada con respecto a quién es la persona autorizada para obtener mi expediente y cómo puedo tener yo acceso a mi expediente médico.

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

.....
 El cliente se negó a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad y no estuvo de acuerdo en firmar esta forma.

Firma de Representante de Outcomes

Fecha