

GREATER BADEN MEDICAL SERVICES, INC.

Reconocimiento de Recibo del Comunicado Acerca de la Privacidad

Yo _____, recibí el Comunicado Acerca de la Privacidad de Greater Baden Medical Services, Inc.

X _____

Fecha _____

En lugar de la firma de el paciente, yo _____, miembro del personal de Greater Baden Medical Services, Inc., declaro que a _____ se le ha brindado el actual Comunicado Acerca de la Privacidad.

X _____

Fecha _____