



Reconocimiento Notificación de Prácticas de Privacidad

Yo, _____ he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Teton Radiology sobre cómo el uso y divulgación médica protegida sera utilizada por la empresa.

Nombre del Paciente (en letra de molde)	
Firma del paciente	Fecha
Si es guardián, escriba su nombre	Relación con el paciente