



## NOTIFICACION DE LA POLIZA DE PRIVACIDAD

Yo entiendo que el Centro Prenatal de Georgia tiene una Póliza de Privacidad para las pacientes y yo puedo obtener una copia en cualquier momento. La clínica me explico mis derechos como paciente y yo puedo recibir una explicación de la Póliza de Privacidad.

\_\_\_\_\_ Estoy consciente de la Póliza De Privacidad y yo quiero una copia de la de mis derechos.

\_\_\_\_\_ Estoy consciente de la Póliza de Privacidad y no quiero una copia de mis derechos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA