

# **Jan David Tepper, D.P.M., Inc.**

---

## **Confirmación De Que Ha Recibido Un Documento Sobre Su Derecho A La Privacidad**

Reconozco que estaba provisto de una copia de la notificación de prácticas de privacidad y que he leído (o tuvo la oportunidad de leer si lo elegí) y entendido el aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente (en letras manuscritas)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parente o un representante autorizado (si aplicable)

\_\_\_\_\_  
Firma