

Constancia de recepción de Prácticas de Privacidad

Por favor firme y regrese a PANTHERx Specialty enviando este formulario por fax al: 855-246-3986

O envíe este formulario por correo a:

Farmacia Especializada PANTHERx
24 Summit Park Drive
Pittsburgh, PA 15275

LA CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR EL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE Y DEVUELTO A PANTHERx SPECIALTY, LLC.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) CONSTANCIA DE RECEPCION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Reconozco la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad de PANTHERx® Specialty Pharmacy.

Doy mi consentimiento para los usos y divulgaciones descritos en la sección "COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACION MEDICA SOBRE USTED" del Aviso de Prácticas de Privacidad de PANTHERx Specialty Pharmacy.

Firma: _____

Fecha: _____

Si está firmado por un representante personal (tutor/padre/otro representante legal):

Nombre del Representante: _____

Describe la Relación con el Paciente: _____

ESTA SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR PANTHERX SPECIALTY PHARMACY

Razón por la cual la firma no fué obtenida:

Muy enfermo para firmar

Paciente se negó a firmar

Otro: _____