



# Advanced

---

Gastroenterology of Texas

2540 N Galloway Ave  
Suite 205  
Mesquite TX 75150

Telefono: (214) 962-4863  
Fax: (214) 306-0041  
[www.advancedgastrodoc.com](http://www.advancedgastrodoc.com)

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad  
Advanced Gastroenterology of Texas, PLLC  
Office of Farbod Masrour, D.O.

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Advanced Gastroenterología de Texas, PLLC. Escriba sus iniciales en cada declaración.

- \_\_\_ Se me ha informado de cómo se puede utilizar la información de salud acerca de mí y se da a conocer por la práctica.
- \_\_\_ Yo puedo obtener acceso y controlar esta información.
- \_\_\_ Entiendo que puedo solicitar una enmienda si siento mi salud o de facturación información es incorrecta.
- \_\_\_ Entiendo la práctica tiene el derecho de negar mi solicitud de una enmienda . Entiendo que tengo el derecho de hacer una declaración de desacuerdo que se colocará en mi archivo.
- \_\_\_ Entiendo que la práctica puede revisar este aviso y que puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.
- \_\_\_ Entiendo la práctica mantiene una copia actualizada de este aviso en el sitio web de la práctica en [www.advancedgastrodoc.com](http://www.advancedgastrodoc.com).

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

<b>Uso solamente de oficina</b>	
Firma del empleado _____	Fecha _____
Comentarios _____	