

He recibido el A viso de practias de information medica de Gwinnett County Junta de Salud. Prefiero limitar la divulgacion de mi informacion medica y deseo hablar Con el funcionario de privacidad de la Gwinnett County Junta de Salud.

Firma _____ Fecha _____
Si la persona que firma no es el paciente, por favor declare la relacion on el paciente.

He recibido el A viso de practias de information medica de Gwinnett County Junta de Salud. Prefiero limitar la divulgacion de mi informacion medica y deseo hablar Con el funcionario de privacidad de la Gwinnett County Junta de Salud.

Firma _____ Fecha _____
Si la persona que firma no es el paciente, por favor declare la relacion on el paciente.

He recibido el A viso de practias de information medica de Gwinnett County Junta de Salud. Prefiero limitar la divulgacion de mi informacion medica y deseo hablar Con el funcionario de privacidad de la Gwinnett County Junta de Salud.

Firma _____ Fecha _____
Si la persona que firma no es el paciente, por favor declare la relacion on el paciente.

He recibido el A viso de practias de information medica de Gwinnett County Junta de Salud. Prefiero limitar la divulgacion de mi informacion medica y deseo hablar Con el funcionario de privacidad de la Gwinnett County Junta de Salud.

Firma _____ Fecha _____
Si la persona que firma no es el paciente, por favor declare la relacion on el paciente.
