RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL TEXAS WOMAN’S UNIVERSITY DENTAL HYGIENE
PROGRAM
AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS AUTORIZACION
Yo, (Nombre) , verifico
que e recibido
una copia del aviso de practicas privadas del programa de Texas Woman’s University Dental
Hygiene.
Autorizacion para usar o revelar informacion de salud protegida • Entiendo que por ley federal,Texas Woman’s University Dental Hygiene Clinic no puede
utilizar o revelar mi informacion de salud, salvo lo dispuesto en la Clinica Dental Hygiene
Aviso de practicas de privacidad, sin mi autorizacion. Mi firma en esta autorizacion indica que
yo permito el uso y revelaciones de la IPS descrito anteriormente.Por el presente comunicado
de la Universidad de Texas Woman’s y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad que
podra suceiv-0.01 80d aq2.3 (a.7 (2 (s ad)2 (s)Cso2 (G92.312 (G92.312 (G92.312 (G90 T (uc)-1.7 (e)9.2 (i)8(/ (y)10.e)-4.1T(G9Tw G9.1ad 60 Tc 0.hf
1.631 0d1 Tw 14 Td
[(.7 (e)9. s)-2.3 (a)9.2 (lo.-4.6 (ud)10.9 (pr)-4 (o6)6.3 (e)-1.7 (g)10.92)-9ni)-46 (e)TJ

�x