

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (IMPRIMIR POR FAVOR)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

Por la presente reconozco que he recibido o rechazado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Rogue Valley Physicians, P.C. (RVP) **Noticia de Practicas de Privacidad** (fecha revisada el 1/6/2016), que incluye información relacionada con nuestra participación con Jefferson Health Information Exchange (JHIE)

Iniciales:

ACEPTO que RVP publique mis archivos/registros para JHIE

DECLINO tener RVP publique mis archivos/registros a JHIE

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del firmante (si es diferente al paciente)