



**LEXINGTON  
MEDICAL CENTER**

2720 Sunset Boulevard, West Columbia, SC 29169 • (803) 791-2000

## Afirmación de Recido del Aviso de la Política de Privacidad

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta/Expediente: \_\_\_\_\_

He recibido una copia del Aviso de la Política de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el individuo