

Michelle G. Ashley, M.D.  
12304 Santa Monica Blvd. Suite 212  
Los Angeles, CA 90025  
(310) 582-5223

Notice of Privacy Practices

Acuse De Recibo De La Notificacion: HIPAA Notice of Privacy Practices

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo recibio una copia de Notice of Privacy Practices for Michelle G. Ashley, M.D. con la fecha vigencia September 7 2010.

Si tengo preguntas sobre the Notice o de mis derechos de privacidad puedo contactar Michelle G. Ashley, M.D. a 12304 Santa Monica Blvd., Suite 213, Los Angeles, CA 90025 o (310) 582-5223.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Persona Responsable por Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted es el Representante Personal, por favor describe su autoriza legal para hacerlo (poder de abogado, Salud Sustituto, etc.).