

**Reconocimiento de Revisa  
de Noticia de Practicas Privadas  
DALLAS-FORT WORTH SARCOMA GROUP, P.A.**

Yo he revisado la Noticia de Practicas Privadas de su oficina que me explica como podrá ser usada y divulgada mi información medica. Yo entiendo mis derechos a recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de Autoridad de Representante Personal