

NOTICE OF PRIVACY ACT
AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS



MICHAEL A. HOCHMAN
OPHTHALMOLOGIST | RETINA SPECIALIST

5313 McPherson Rd. | Laredo, Tx. 78041

The staff of Michael A. Hochman, M.D., P.A. has made available the Notice of Privacy Act. Through this acknowledgement form, at this moment

I have received

I have accepted

I have declined

a copy of the Notice of Privacy Act.

Signature _____

Print Name _____

Date _____

En este aviso el personal de Michael A. Hochman, M.D., P.A. a hecho disponible el Aviso de Practicas Privadas. A traves de esta forma, por el momento

he recibido

he aceptado

no he aceptado

una copia del Aviso de Practicas Privadas.

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____