

*Village Specialty Surgical Center  
8715 Village Dr Suite 200  
San Antonio, TX 78217  
210/477-1775  
FAX 210/568-6963*

**La Confirmación de Recibo del Paciente de Información para Regulaciones CMS**

Recibí información en el idioma que comprendo, acerca de:

1. \_\_\_\_\_ DIRECTIVAS ANTICIPADAS
2. \_\_\_\_\_ MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO UN PACIENTE
3. \_\_\_\_\_ QUEJAS Y PROCESOS DE LA QUEJA

El paciente/guardián/parent/representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

---

Por favor fax la forma a Attn: Paulette at 210/568-6963.

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Surgery \_\_\_\_\_

Daytime Phone# \_\_\_\_\_ Physician Name \_\_\_\_\_