



**PARRAPEDIATRICS**

healthcare with love

## **Reconocimiento de Revisión & Aviso de Practicas de Privacidad**

He revisado esta notificación de privacidad de la oficina, la cual explica cómo mi información médica será usada y divulgada, entiendo que debo recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Guardian Legal / Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/ Guardian Legal/ Representante Personal

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