



PENTA

PEDIATRIC EAR, NOSE & THROAT OF ATLANTA, P.C.

RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO FORMA ESCRITA



Putting Your Child First

404.255.2033

Yo, _____, he tenido una oportunidad de revisar el Aviso de las
Prácticas de Privacidad de Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C.

Primer nombre

Segundo

Apellido

Nombre del Paciente/Padre o Madre/Guardiante Lega

Prácticas de Privacidad de Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta, P.C.

Nombre del Paciente

____-____-____
Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Padre o Madre/Guardiante Legal

____-____-____
Fecha

RESTABLECER FORMA