RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO FORMA ESCRITA

PENTA
Pediatric ENT of Atlanta
Where Children Are First™

Yo, _____ _____ _____, he tenido una oportunidad de revisar el Aviso de las
Primer Segundo Apellido
Nombre del Paciente/Padre o Madre/Guardiante Legal

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

_____ _____/_____/_____
Nombre del Paciente Fencha de Nacimiento

_____ _____/_____/_____
Firma del Paciente/Padre o Madre/Guardiante Legal Fecha