****

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO**

**AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**Mayo 23,2012**

Yo, (nombre del paciente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reconozco que se me proporciono una copia del aviso sobre las Practicas de Privacidad de Pediatric Ophthalmology Consultants.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Representante Legal del Paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal del Paciente Relación con el Paciente

**SOLAMENTE PARA USO CLINICO:**

Pediatric Ophthalmology Consultants,a hecho en buena fe el esfuerzo de obtener del individuo firmante, reconocimiento escrito del Aviso sobre Practicas de Privacidad.