



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, ha hecho en buena fe el esfuerzo de obtener del individuo firmante, reconocimiento escrito del Aviso sobre Prácticas de Privacidad.