



**RECONOCIMIENTO DE LEIDO Y RECIBO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:**

- 1. SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL SEGURO**
- 2. AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**
- 3. LA DISCRIMINACION ES CONTRA LA LEY**

Yo, (nombre del paciente) \_\_\_\_\_, reconozco que se leí y se me proporciono una copia de **Servicios No Cubiertos Por El Seguro, Aviso sobre las Practicas de Privacidad y La Discriminación Es Contra La Ley 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 de **Servicios No Cubiertos Por El Seguro, Aviso sobre las Practicas de Privacidad y La Discriminación Es Contra La Ley de Pediatric Ophthalmology Consultants.**