

### Acknowledgement of Review and Notice of Privacy Practices

I have read a copy of this office's Privacy Policy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed. Copy is available upon request.

Yo he leído copia de la Poliza de Privado de esta oficina, en la que explica como mi informacion medica sera usada y obtenido. Copia esta disponible si gusta.

---

Name of Patient/Nombre del paciente

Date/Fecha

---

Signature/Firma

Relationship to patient/ Relacion al paciente

I would like to be contacted via:

Gustaria que me hablaran a los numeros apuntadas:

Home Phone Number/Numero de casa: \_\_\_\_\_

Cell Number/Numero de celular: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

This office may discuss my child's medical needs with the following person's:

Esta oficina puede hablar sobre el salud de mi nino con las personas indicadas abajo:

Name: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_