

**AVISO DE PROCEDIMIENTOS
DE PRIVACIDAD**

Sun City Kidz Clinic, P.A.

Al firmar este documento usted reconoce haber recibido una copia de la Notificación de Practicas Privadas de el consultorio Sun City Kidz Clinic, PA. Este documento proporciona información acerca de la forma en que podemos utilizar y divulgar su información protegida. Le animamos a leerlo en su totalidad.

Su firma también reconoce haber recibido nuestra Notificación de Pago, así como nuestras Polizas Generales de Clinica

Firma del paciente o de la persona legalmente responsable

Fecha

Nombre de paciente o persona responsable (Imprime por favor)

Relacion al paciente

OFFICE USE ONLY:

We attempted to obtain written acknowledgement of patients' receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained for the following reason:

- Patient representative refused to sign
- Emergency Situation Prevented Signature
- Other (Please Specify) _____

Provider Representative Signature

Date

