



# Harrisonburg Pediatrics

## Reconocimiento del Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

### *Acknowledgement of Receipt of Notice*

Por su firma, reconoce que Harrisonburg Pediatrics le ha presentado a Usted una copia del Aviso de Practicas de Privacidad. Este aviso explica como su información de salud será manejada.

He recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad. Me ha presentado una oportunidad a hacer preguntas acerca este aviso y todas mis preguntas han sido contestadas.

Padre/ Guardián/ Paciente \_\_\_\_\_ Por favor en Escrito

Padre/ Guardián/ Paciente \_\_\_\_\_ Firme

Fecha de firma \_\_\_\_\_ Si firmado por el paciente, por favor indica su edad \_\_\_\_\_

Uso de Proveedor Solamente \*\*\*\*\*

Acct. # of patient \_\_\_\_\_ New Patient (name of pt.) \_\_\_\_\_

Parent, Legal Guardian or Patient was given the notice      Yes                      No

Approval obtained by parent/legal guardian/ patient (Give name) \_\_\_\_\_ to give notice and acknowledgement to \_\_\_\_\_  
(Name of authorized individual)

Staff Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If the parent/legal guardian/patient was unable to sign due to an emergency, or did not want to sign, please document that the notice was given and the reason why the parent/ legal guardian/ patient did not sign below.

Reason signature was not obtained \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_