



Privacy Officer Leia Arizmendiz (714)285-2311

I hereby acknowledge that I received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

If not signed by the patient, please indicate relationship:

- Parent or guardian of minor patient
- Guardian or conservator of an incompetent patient

Name and Address of Patient:

---

---

---

Por la presente reconozco que recibí una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será ( ) en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incompetente

Nombre y dirección del paciente:

---

---

---