



## RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, recibí o me han ofrecido una copia de **Smart Start Pediatrics'** *Notificación de Prácticas de Privacidad*.

Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_