



RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Del paciente Nombre: _____

DOB: ____ / ____ / ____

Yo _____, han recibido o se les ha ofrecido una copia de **Smart Start Pediatrics'** Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Padre/Tutor: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____