

DESERT CANYON PEDIATRICS, PC

EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTA DE PRIVACIDAD MEDICA

Yo _____ reconozco que he recibido
(El nombre de Paciente)

Una copia de DESERT CANYON PEDIATRICS, PC **'Nota de la Privacidad Medica'**.

Esta Nota describe cómo DESERT CANYON PEDIATRICS, PC puede usar y poder revelar mi información protegida de la salud, ciertas restricciones en el uso y la revelación de mi información de salud, y de los derechos que puedo tener considerando mi información medica protegida.

(Firma de Paciente, o de Representante Personal)

(fecha)

(La relación al Paciente)