

Sun City Pediatrics, PA

ACKNOWLEDGEMENT

*RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES*

I have received a copy of Sun City Pediatrics, PA's Notice of Privacy Practices effective April 14, 2003. Revisions: September 1, 2013 / July 27, 2015.

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Patient's Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_  
Print Your Name

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

ACUSE DE RECIBO DE

*NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD*

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Sun City Pediatrics, PA efectiva el 14 de Abril de 2003.

Revisiones: 1 de Septiembre de 2013 / 27 de Julio de 2015.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Guardian: \_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre en Letra de Molde

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_