

Sun City Pediatrics, PA

PHIX Health Information Exchange ACKNOWLEDGEMENT

RECEIPT OF PHIX ADDENDUM TO NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I have received a copy of Sun City Pediatrics, PA's Notice of Privacy Practices Addendum effective August 1, 2019.

Patient's Name: _____

Patient's Date of Birth: ____ / ____ / ____

Parent/Guardian Name _____
Print Your Name

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

ACUSE DE RECIBO DE

ADICIÓN DE PHIX A LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de la Adición de PHIX a la Notificación de Prácticas de Privacidad de Sun City Pediatrics, PA efectiva el 1 de agosto de 2019.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: ____ / ____ / ____

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

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

11160 La Quinta Place
El Paso, TX 79936