



**NOTICE OF PRIVACY PRACTICE RECEIPT**

---

I acknowledge that I was provided with the Notice of Privacy Practice of the medical practice named at the top of this page.

Recibí la información sobre la Noticia de Práctica de Privacidad de la clínica cuyo nombre aparece en la parte superior de esta página.

Patient's Name (Nombre del Paciente) \_\_\_\_\_

DOB (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_

Signature (Firma del Paciente) \_\_\_\_\_

Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Patient's Legal Guardian (If applicable)  
Representante Legal del Paciente (en caso que aplique)

Name of Patient's Legal Guardian (Nombre del Representante) \_\_\_\_\_

Relationship (Relación con el Paciente) \_\_\_\_\_

Signature of Legal Guardian (Firma del Representante Legal) \_\_\_\_\_

Date (Fecha) \_\_\_\_\_

For practice Use Only (Para el uso de la Oficina Solamente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature of Practice Employee: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_