

PEDIATRIC CARE GROUP, P.A.

Acknowledgement Form

Acuso de Recibo

Our notice of Privacy Practices provides information about how we may use and release protected health information about you. You have the right to review our Notice before signing this form. As provided in our Notice, the terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy by writing our practice or requesting a copy from our front desk staff.

Nuestra Notificación de Practicas de Privacidad suministra información de cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de repasar dicha notificación antes de firmar este formato. Como esta provisto en dicha Notificación los términos y provisiones de dicha Notificación pueden cambiar. Sí cambiamos nuestra Notificación, usted puede obtener una copia cambiada solicitandola por escrito a nuestro consultorio o a nuestra recepcionista.

You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used or released to treatment, payment or health care operations. We are not required to agree to this restriction, but if we do, we are bound by our agreement.

Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros restrinjamos como su información es utilitzada o divulgada para tratamiento, pago y operaciones de servicio de salud. No tenemos la obligación de cumplir con dicha restricción, pero si estamos de acuerdo, tendremos la obligación de seguir este acuerdo.

By signing this form, you consent to our use and release of protected health information about you for treatment, payment and health care operations as described in our Notice. You have the right to revoke this consent, in writing, except where we have already made releases in reliance on your prior consent.

Al firmar este formato, usted esta de acuerdo permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de servicios de salud como esta detallado en nuestra Notificación. Usted tiene el derecho de revocar este permiso, por escrito, excepto en los casos en los cuales ya hemos divulgado dicha información basado en su permiso anterior.

Patient Name:

Nombre del Paciente:

(Date of Birth) (Fecha de Nacimiento)

Sibling(s):

Hermanos(as):

Parent Name:

Nombre del Padre/Pariente:

(Signature) (Firma)

Date:

Fecha:

Witness:

Testigo:

Parent/Guardian refused to sign acknowledgement of Notice of Privacy Practice.

Padre/Guardián rehusó firma el acuso de recibo de la Notificación de las Practicas de Privacidad.