



Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Su nombre y firma en esta hoja indican que se le ha entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de PediatriCare of Northern VA, PC en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en el Aviso de Prácticas de Privacidad, no dude en comunicarse con un representante de la clínica. También puede encontrar una copia publicada en nuestro sitio web: www.pediatricare.com.

Nino Apellido	Nino Primer Nombre	Fecha de Nacimiento

Firma	Relacion al paciente	Fecha
-------	----------------------	-------