

Acknowledgement of Receipt of Privacy Practices Notice

I hereby acknowledge that I have been presented with a copy of Pediatric Heart Specialists' Notice of Privacy Practices. This notice describes how Pediatric Heart Specialists may use and disclose my protected health information, certain restrictions on the use and disclosure of my healthcare information, and rights I may have regarding my protected health information. I have been given the opportunity to ask any questions I may have regarding the Privacy Practices.

Parent/Guardian/Patient Signature

Parent/Guardian/Patient Printed Name

Patient Name

Relationship to Patient

Date

El Reconocimiento de Recibo de Nota de Intimidad

Yo por la presente reconozco que he sido presentado con una copia de la nota de la intimidad. Esta nota describe cómo él puede utilizar y puede revelar mi información protegida de la salud, ciertas restricciones en el uso y la revelación de mi información de asistencia sanitaria, y de los derechos que puedo tener con respecto a mi información protegida de la salud. Tengo la oportunidad de hacer cualquier pregunta acerca de mi privacidad.

Nombre en molde

Asignatura

Nombre de paciente

Relación al paciente

Fecha