

Alliance Pediatrics, PA
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
ACKNOWLEDGEMENT
(Spanish Language)

RECONOCIMIENTO NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de VUMC. Entiendo que VUMC tiene el derecho a cambiar las Prácticas de Privacidad de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con VUMC en cualquier momento para obtener una copia de la Notificación más reciente de las Prácticas Privadas.

Nombre del Paciente (en letra de molde) _____

Firma del paciente/ _____

Representante Legal

Relacion al Paciente _____

Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY/USO PARA LA OFICINA

PRINT PLEASE

I have attempted to obtain the patient's signature on this form, but was not able to for the following reason:

Date:

Initials:

Please document the reasons you were unable to obtain the signature.