

## ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Notice of Privacy Practices Acknowledgment)

Seleccione una:

- Al firmar abajo, reconozco que **he recibido una copia** del *Aviso de Prácticas de Privacidad de Oregon Eye Specialists, PC*.
- Al firmar abajo, reconozco que me han ofrecido una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad de Oregon Eye Specialists, PC* y **no he aceptado una copia** por el momento.

_____	_____
<i>Firma del <b>paciente</b> (Patient Signature)</i>	<i>Fecha</i>
_____	_____
<i><b>Nombre del paciente</b> (Print Patient Name)(en letra imprenta)</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>

**\*O\***

_____	_____
<i>Firma del padre de familia/Guardián/Parte responsable/<b>Representante</b> legal</i>	<i>Fecha</i>
<i>(Parent/Guardian/Responsible Party/Legal Representative Signature)</i>	
_____	
<i>Nombre del representante y descripción de su autoridad</i>	
<i>(Print Representative's Name and Describe Authority)</i>	