



## Valley Children's Healthcare

### Acuso de recibo del Aviso de Prácticas de la Confidencialidad

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de la Confidencialidad de Valley Children's Healthcare.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ de la mañana o de la tarde

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legal)

Firma: \_\_\_\_\_

Indique su parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Los padres se negaron a firmar

No se obtuvo la firma

**For Office Use**

Notation placed in EMR on \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_