

NORTH BAY PEDIATRICS
160 GLEN COVE MARINA RD. #103
VALLEJO, CA 94591

I hereby acknowledge that I have either read or received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

Signed: _____ Date: _____

Print Name: _____ Telephone: _____

If not signed by the patient, please indicate relationship:

Parent or guardian of minor patient

Guardian or conservator of an incompetent patient

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta practice medica de practicas de privacidad. Ademas, reconozco que una copia del aviso actual sera fijada en la zona de recepcion y que una copia de la notificacion de Practicas de Privacidad modificado estara disponible en cada cita.

Me gustaria recibir una copia del Aviso de Practicas de Privacidad modificada

Firmado: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____ Telefono: _____

Si no esta firmada por el paciente, por favor indique la relacion:

El padre o tutor del paciente menor de edad

Tutor o curador de un paciente incompetente