

SOUTH COAST PEDIATRICS
Aviso de Prácticas de Privacidad

English 

Por la presente reconozco que South Coast Pediatrics (SCP) tiene el **Aviso de Prácticas de Privacidad** publicado en el área de recepción. Entiendo que SCP puede compartir la información de salud de mi hijo para opciones de tratamiento, facturación y atención médica. He visto el Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo se utiliza y comparte mi información de salud. Entiendo que SCP puede cambiar/actualizar este aviso en cualquier momento y si deseo obtener una copia, puedo solicitarla con la recepcionista. El aviso está disponible en español.

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Padre, Madre, Representante legal o paciente (mayor de 18)

Fecha

Si no está firmado por el paciente, indique la relación: _____