

**ACKNOWLEDGEMENT**

I hereby acknowledge that I have been presented this Notice of Health Information Practices.

\_\_\_\_\_  
Patient/Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Child's Name

**RECONOCIMIENTO**

Por este medio reconozco que se me ha presentado este Aviso de las Prácticas e Información de Salud.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Padre/Madre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño