

**FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN POR ESCRITO DEL
RECIBO DEL AVISO DE
LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

La ley federal requiere que le proporcionemos una copia de nuestro aviso de privacidad.

El aviso de privacidad explica cómo podemos usar y entregar información sobre su salud o la de su hijo. Le pedimos que firme este formulario para nuestros archivos de modo que podamos documentar que ha recibido el aviso.

Si tiene preguntas sobre el aviso de privacidad, por favor no tenga reparo en ponerse en contacto con nuestro oficial de privacidad. El nombre y el número de contacto del oficial de privacidad están listados en su copia del aviso de privacidad.

Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del (los) niño(s):

Los padres o tutores deben llenar esta sección.

He recibido una copia del aviso de privacidad de la clínica Pediatric Associates of the Northwest, P.C.

Firma del padre/la madre/tutor

Fecha

Si el paciente no es capaz de acusar recibo, el miembro del personal que proporciona este aviso debe llenar esta sección.

El aviso de privacidad se le proporcionó a:

Nombre _____ el día _____

El padre/la madre/el tutor no pudo acusar recibo del aviso de privacidad por la razón siguiente:

Firma

Fecha

Receipt of Notice of Privacy Practices Written Acknowledgement Form- Spanish

Consultorio de Beaverton

14795 SW Murray Scholls Dr., Ste. 121
Beaverton, OR 97007
Tel: 503-673-1071
Fax: 503-227-0676

Consultorio de Portland

2701 NW Vaughn St., Ste. 360
Portland, OR 97210
Tel: 503-227-0671
Fax: 503-227-0676

Consultorio de Tigard

7150 SW Dartmouth St.
Tigard, OR 97223
Tel: 503-968-3480
Fax: 503-227-4589