

**THE PEDIATRIC CENTER, INC.**

1447 Medical Park Blvd. Suite 402  
Wellington, FL 33414  
(561) 790-2600

**ANUNCIO PARA LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD  
RECONOCIMIENTO POR EL PACIENTE**

**Nombre del paciente:** .....

**Fecha de nacimiento:** .....

Yo he recibido y entiendo esta información para la práctica de privacidad ejercida por esta oficina. El anuncio provee en detalle el uso y revelamiento de la información protegida sobre mi salud ó la de mis hijos., mis derechos individuales, como yo puedo ejercer estos derechos y los derechos legales de la práctica en respecto a esta información.

Yo entiendo que esta práctica reserva los derechos de cambiar los términos del anuncio de la práctica de privacidad y de hacer cambios referidos a toda la información protegida que esta práctica controla sobre mi salud ó la de mis hijos. Si hay cambios sobre esta póliza, esta práctica me proveerá un anuncio de privacidad revisado, si así yo lo deseara.

**Firma del padre ó encargado legal:** .....

**Fecha:** .....

**Relación al paciente:** .....