



**ARVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE**

Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad (“el Aviso”) proporciona informacion acerca de: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) como podremos usar y divulgar informacion medica protegida acerca de nuestros pacientes.

Los reglamentos federales exigent que entreguemos nuestro Aviso a nuestros pacientes o sus representantes autorizados antes de firmar este acuse de recibo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestros practicas de privacidad, envíe un mensaje electronico (correo-e) a **privacy_officer@pediatrix.com** o una carta a:

Privacy Officer
Pediatrix Medical Group, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323

Con su firma en este formulario, usted simplemente confirma que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre en letra de molde del
Representante autorizado

Fecha

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha