



FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

Yo soy paciente de RICHENS EYE CENTER y reconozco que eh recibido su

Aviso de Prácticas de Privacidad.

NOMBRE(en letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____

O:

Soy el padre or guardian legal de _____ [Nombre de Paciente]

NOMBRE(en letra de molde): _____

Relacion del paciente: Padre Guardian Legal

Firma: _____

Fecha: _____