

Metropolitan Medical Management, Inc
DBA Otolaringología Pediátrica,
Otolaringología Adultos y Niños and/or
Instituto De Audiología Pediátrico

Acuse de Recibo de Notificación de Privacidad

Acknowledgment Receipt Privacy Notice

Propósito: evidencia de notificación y consentimiento
Purpose: evidence of notice and consent.

Por este medio reconozco que recibí y he leído una copia del aviso de las Practicas de Privacidad de
By this means I acknowledge I have received and read the Privacy Policies of Metropolitan Medical

Metropolitan Medical Management, Inc (DBA Otolaringología Pediátrica, Otolaringología Adultos y
Management, Inc (DBA Otolaringología Pediátrica, Otolaringología Adultos y Niños and/or Instituto

Niños y/o Instituto De Audiología Pediátrico). Y consiento a que se incluya mi información de
Audiología Pediátrico) and I consent the inclusion of my protected health information in their

salud en el sistema informatico de Metropolitan Medical Management.
information system.

Nombre Paciente(Patient Name)

Firma Padre / Madre / Encargado Legal
(Parents or Legal Guardian)

Fecha (Date)

Versión I

Versión del Aviso de Practicas Privacidad

Para Uso Oficial (For Oficial Use Only)

El paciente no acusa recibo del aviso de las Practicas de Privacidad de esta oficina. Explicación.

Firma Oficial de Seguridad

Fecha