



**RECONOCIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO/  
ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT**

**DEL/OF**

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD/  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Yo reconozco que se me ha proveido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad y que he leído (o he tenido la oportunidad de leer si así lo he deseado) y entiendo el Aviso.

I acknowledge that I was provided a copy of the Notice of Privacy Practices and have read (or had the opportunity to read if I chose) and understood the Notice.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de imprenta)/  
Patient Name (please print)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

\_\_\_\_\_  
Padres(s) o Representante Autorizado (Si así aplica)/  
Parent or Authorized Representative (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Firma/Signature

Jose F. De Leon, M.D., P.A.  
1330 Prudential Dr., Ste 100  
Dallas, Texas 75235