

**Newport Harbor Cardiology**

**601 Dover Drive, Suite 2**

**Newport Beach, CA 92663**

**Uthara Mohan M.D. (949) 646-1495**

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Me gustaría recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad modificada por correo electrónico a:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

- El padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incompetente