

Kids Doc of Southern California Medical Group, Inc  
27800 Medical Center Road, Suite 204  
Mission Viejo, CA 92691

**Recibo de Notificacion de la Privacidad de Practicas**  
**Forma de Conocimiento Escrita**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia de la privacidad de  
(*Escriba nombre del Pariente/Guardian*)  
practicadas de Kids Doc.

\_\_\_\_\_  
Firma del Pariente/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente 18 años o mayor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor circule si usted es el Pariente o el Guardian:    Pariente    Guardian