



ACKNOWLEDGE OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Sonno Sleep Center reserves the right to modify the privacy practices outlined in the notice. I have received a copy of the Notice of Privacy Practices for **Sonno Sleep Center**.

Name of Patient (Print or Type)

Signature of Patient

Date

Signature of Patient Representative

(Required if the patient is a minor or an adult who is unable to sign this form)

Relationship of Patient Representative to Patient

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA PRIVACIDAD MEDICA

Sonno Sleep Center se reserva el derecho de modificar la privacidad médica indicada en esta notificación. Ha recibido una copia de la Notificación de Privacidad Médica de **Sonno Sleep Center**.

Nombre del (la) Paciente (Impreso ó a Máquina)

Firma del (la) Paciente

Fecha

Firma del Representante del (la) Paciente

(Se requiere si el (la) paciente es menor de edad ó si el adulto no puede firmar esta forma)

Relacion del (la) Paciente