

RICARDO ESTAPE MD, LLC

Notice of Privacy Acknowledgement

I have read and understood the Notice of Privacy Practices.

Patient's Name Printed

Patient's Signature

Date

Notificacion De Privacidad En Las Practicas Medicas

Yo he leído y comprendo la Notificacion de Privacidad en las Practicas Medicas

Nombre de Paciente

Firma de Paciente

Fecha