



Washoe County Health District

ACKNOWLEDGEMENT

(ENGLISH)

I hereby acknowledge that I have been presented this Notice of Health Information Practices.

Patient/Parent/Guardian Signature

Date

Print Name

Child's Name



Departamento de Salud del Distrito del Condado de Washoe

RECONOCIMIENTO

(SPANISH)

Por este medio reconozco que se me ha presentado este Aviso de las Practicas e Informacion de Salud.

Firma de Paciente/Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Nombre con letra de molde

Nombre del niño