



**Advance Pediatrics PLLC**

**Rakesh Arora, MD.  
Sonya Mody, MD.**

**9836 W Yearling Road F-1300  
Peoria, AZ 85383**

**8232 W Cactus Rd. Ste #124  
Peoria, AZ 85381**

**(PH) 623-328-8664 (FAX) 623-328-9432**

**Patient Acknowledge of Receipt of "Notice of Privacy Practices"  
Reconocimiento del Paciente de haber recibido un "Aviso de Practicas de Privacidad"**

**Patient Name/Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth/Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**English:**

1. Acknowledgement of receiving version #\_\_01\_\_ of the providers "Notice of Privacy Practices" on  
(date)\_\_\_\_\_. Initials of patient or patient's representative\_\_\_\_\_

Reason why Acknowledgement was not obtained\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Acknowledgement of receiving version #\_\_\_\_\_ of the providers "Notice of Privacy Practices" on  
(date)\_\_\_\_\_. Initials of patient or patient's representative\_\_\_\_\_

Reason why Acknowledgement was not obtained\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Spanish:**

3. Reconocimiento de haber recibido la version #\_\_01\_\_ del "Aviso de Practicas de Privacia" del  
proveedor en (fecha)\_\_\_\_\_. Iniciales de paciente o el representante del paciente  
\_\_\_\_\_. Razon por lo cual no se obtuvo un  
Reconocimiento\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Reconocimiento de haber recibido la version #\_\_\_\_\_ del "Aviso de Practicas de Privacia" del proveedor  
en (fecha)\_\_\_\_\_. Iniciales de paciente o el representante del paciente \_\_\_\_\_. Razon  
por lo cual no se obtuvo un Reconocimiento\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_