

**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 reconosco que se ma 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