



General Dentistry for Children & Young Adults

Timothy Reynolds, DDS • Thomas Reynolds, DDS
210 Valley Mall Pkwy. • East Wenatchee, WA • (509) 886-2500 • Fax: (509) 886-3600

**Patient Acknowledgment
Reconocimiento del paciente**

Patient Name(s):

Nombre(s) de paciente(s): _____

We appreciate your acknowledging your receipt of our HIPAA Privacy Policy by signing below. Thank you very much for taking time to review how we are carefully using your dental information. If you have any questions we want to hear from you.

Please Note: **NO** records will be transferred with out Parental\Guardian signed authorization.

Apreciamos su reconocimiento al recibir nuestra poliza de privacidad HIPAA al firmar abajo. Muchas gracias por tomarse el tiempo de revisar como estamos cuidadosamente usando su informacion dental. Si usted tiene alguna pregunta nosotros queremos saber de usted.

Bold Note: **Ningun** historial sera transferido sin que los Padres \Guardian haya firmado una autorizacion.

Parent/ Legal Guardian Signature
Firma del Padre o Guardian Legal

Date ___/___/___
Fecha