

**Loanne B. Tran, M.D.**

624 W. Duarte Rd., Ste. 205, Arcadia, CA 91007  
Telephone: 626-446-0810

I have reviewed the **Notice of Privacy Practices**.  
Please note: for a copy of our **Notice of Privacy Practices**, please let the staff know.

Signature

Date

First Name

Middle Initial

Last Name

If not signed by the patient, please indicate relationship:

- ☐ Parent or guardian of minor patient
- ☐ Guardian or legal representative of the patient

Name of Patient:

First Name

Middle Name / MI

Last Name

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad.

Firmado:

Fecha:

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

- ☐ El padre o tutor del paciente menor de edad
- ☐ Tutor o representante legal del paciente

Nombre del Paciente:

| First Name | Middle Name / MI | Last Name |
|------------|------------------|-----------|
| <hr/>      | <hr/>            | <hr/>     |