

Exhibo 4

San Gabriel Valley Perinatal Medical Group, Inc.

**FORMULARIO PARA LA CONFIRMACION POR ESCRITO DE HABER
RECIBIDO AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVICIDAD**

Yo _____, he sido ofrecido la oportunidad de revisar una copia del Aviso de Las Practicas de Privicidad de **SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.**

Yo, _____ doy permiso para que obtengan información de mi expediente médico, para el propósito de control de calidad. Yo entiendo que la información no me identificara de ninguna manera, y pude ser que sea publicada

Firma de Paciente

Fecha