



- ☐ 437 N. Euclid Ave. **Ontario, CA** 91762 –Tel (909) 988-2555 –Fax (909) 988-4447
- ☐ 1501 E. Holt Ave. Ste. A, **Pomona, CA** 91767 –Tel (909) 623-3600 –Fax (909) 623-3383
- ☐ 507 S. Mt. Vernon Ave. Ste. G, **San Bernardino, CA** 92410 –Tel (909) 884-6700 –Fax (909) 884-6705
- ☐ 16127 Foothill Blvd. **Fontana, CA** 92335 –Tel (909) 347-0700 –Fax (909) 355-3447
- ☐ 308 N. La Cadena Dr. **Colton, CA** 92324 –Tel (909) 321-4700 –Fax (909) 824-2887
- ☐ 2409 N. Broadway, **Los Angeles, CA** 90031 –Tel (323) 225-8038 –Fax (323) 225-2106

Email – UCHC@UnicareCHC.org

MISSION STATEMENT / *DECLARACION DE MISSION:*

The mission of Unicare is to be a community health care organization that treats everyone with dignity, respect and cultural sensitivity to help create an environment in which all can prosper.

La misión de Unicare es ser una organización de salud comunitaria que trata a todos con dignidad, respeto y sensibilidad cultural para ayudar a crear un ambiente en el que todos puedan prosperar.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I hereby acknowledge that a copy of Unicare Community Health Center, Inc.’s “Notice of Privacy Practices.” is posted in the waiting area and I further understand that I can request a copy at any time if I wish in the language that I prefer.

Recibí una copia de la “Notificación de Prácticas de Privacidad” de Unicare Community Health Center, Inc. Reconozco que una copia de la “Notificación de la Privacidad” se puede encontrar en la sala de espera, y además entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier idioma en el momento que deseo.

PATIENT NAME/*NOMBRE DEL PACIENTE*

DATE OF BIRTH/*FECHA DE NACIMIENTO*

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL GUARDIAN/*FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL*

DATE/*FECHA DE HOY*