

Acuse de recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido una copia de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" OMU que establece las prácticas de privacidad de UHO y mis derechos respecto a la privacidad de mi información de salud protegida.

Nombre del paciente / Representante Personal (en letra de imprenta)

Firma del Paciente / Representante Personal

Fecha

Por favor, completa esta página y devolverla a la recepcionista.

Received

Date