RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE UNMHSC

Yo, el que firma al calce, acuso recibo de la

notificación de las prácticas de privacidad del Centro de Ciencias de la Salud de UNM (UNMHSC) el _____, _____, 20___.
día mes año

_____
Firma del paciente o su representante

_____
Nombre impreso del paciente o representante

_____
Relación con el paciente

Si el paciente **rehúsa** o no tiene la **capacidad** de dar acuse de recibo, explique por qué:

_____
Nombre impreso del empleado de UNMHSC
(Printed Name of UNMHSC employee)

_____
Departamento
(Department)

_____
Firma del empleado de UNMHSC
(Signature of UNMHSC employee)

Place
Patient
Barcode here