

Recibo de Reconocimiento Del Aviso De Privacidad

Su nombre y la firma en esta hoja indican que ha dado acceso a una copia de la notificación de prácticas de privacidad de UCSF (aviso) en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la información en el aviso de prácticas de privacidad, no vacile por favor entrar en contacto con un representante de la clínica. Una copia es publicada en nuestro sitio web en www.UBCP.org.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Si El Paciente es Menor, Padre/Madre/Tutor Legal o Nombre del Garante Financiero

Relacion Con El Paciente

Firma del Paciente o Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha de Notificacion Recibida