



Notificación Sobre el Aviso Recibido de las Prácticas Privadas

Su nombre y firma en esta página indica que usted a recibido una copia de la Información de Prácticas Privadas de UT Health Science Center en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información de las Prácticas Privadas de UT Health Science Center, favor de comunicarse con un representante de la Clínica o con el Oficial de Privacidad del Paciente de UT Health Science Center, como lo indica el aviso recibido.

Nombre del paciente (Manuscrito): _____

Si esta representando al paciente, nombre (Manuscrito): _____

Indique su relación con el paciente (Manuscrito): _____

Número de cuenta o número de expediente: _____

Firma: _____

Fecha de aviso recibida: _____