



(Patient addressograph or label)

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

El Aviso de las prácticas de privacidad del University of California Riverside Health aporta información acerca de cómo podemos usar y divulgar información protegida sobre su salud.

Además de la copia que le entregamos, tiene a su disposición copias del aviso actual en nuestro sitio Web [www.ucrhealth.org](http://www.ucrhealth.org) o a través del University of California Riverside Health.

Reconozco haber recibido el Aviso de las prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Intérprete (si corresponde)