



Nombre: \_\_\_\_\_

# de registro: \_\_\_\_\_

### **FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE AVISOS DE NO DISCRIMINACIÓN Y ASISTENCIA LINGÜÍSTICA**

Al firmar a continuación, acepto haber recibido o me han ofrecido copias de los Avisos de No Discriminación y Asistencia Lingüística de *Health Care de la Universidad de Iowa*. Tengo derecho a revisar ambos avisos antes de firmar este formulario.

*Health Care de la Universidad de Iowa* se reserva el derecho de modificar ambos avisos. El Aviso de No Discriminación actualizado se publicará en línea en <https://uihc.org/notice-nondiscrimination>. El Aviso de Asistencia Lingüística actualizado se publicará en línea en [https://www.healthcare.uiowa.edu/marcom/uihc/visitors/point\\_to\\_your\\_language.pdf](https://www.healthcare.uiowa.edu/marcom/uihc/visitors/point_to_your_language.pdf). Habrá copias impresas disponibles en las ubicaciones de registración.

**Firma: NO FIRME, SOLO DOCUMENTO DE REFERENCIA** Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

(Paciente o persona legalmente autorizada para dar consentimiento por el paciente)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en molde del paciente o persona legalmente autorizada)

\_\_\_\_\_  
(Parentesco con el paciente o persona legalmente autorizada)

Este formulario completo debe archivarse en el expediente médico.