



Nombre: _____

de registro: _____

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Para ver el Aviso de Asistencia Lingüística de *Health Care de la Universidad de Iowa*, visite https://www.healthcare.uiowa.edu/marcom/uihc/translation/point_to_your_language.pdf.

Al firmar a continuación, acepto que he recibido y/o me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de *Health Care de la Universidad de Iowa*. Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este formulario.

Health Care de la Universidad de Iowa se reserva el derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad actualizado se publicará dentro de *Health Care de la Universidad de Iowa*, Servicios de Salud para Estudiantes de la Universidad de Iowa, en línea en www.uihc.org/privacy-notice, y 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 archivar en el expediente médico.