

**University of Colorado Hospital
University of Colorado Health Sciences Center
University Physicians, Incorporated**

**ACUSO DE RECIBO DE AVISO CONJUNTO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este documento, certifico que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad de University of Colorado Hospital, University of Colorado Health Sciences Center y University Physicians, Incorporated.

Nombre (Firma)

Fecha

Nombre (en letra imprenta)

Sólo para uso interno

Razón por la cual no se obtuvo el acuso de recibo: _____

Nombre (Firma)

Fecha

Nombre (en letra imprenta)