



University of Colorado Hospital
University of Colorado School of Medicine
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:

[Blank lines for reason]

Nombre (Firma)

Fecha

Nombre (en letra imprenta)