

## Acuse de Recepción de la Notificación de las Prácticas de Privacidad

La UTMB le ha proporcionado una copia de su Notificación de las Prácticas de Privacidad. La Notificación de las Prácticas de Privacidad de la UTMB explica sus derechos de privacidad y cómo podemos nosotros utilizar y revelar la información protegida de su salud.

Si tiene alguna pregunta sobre la información descrita en la Notificación de las Prácticas de Privacidad de la UTMB, por favor, comuníquese con la Oficina de Privacidad de la UTMB al (409) 747-8700.

Mi firma, a continuación, indica que se me ha proporcionado una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de la UTMB.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente en letras de imprenta**

\_\_\_\_\_  
Si no es firmado por un Representante Legal, indique el parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento del paciente**

SI NO ESTA DISPONIBLE LA TARJETA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE  
ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE Y EL No. UH EN EL ESPACIO A CONTINUACIÓN

### ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Formulario 7079-3/03 del Registro Médico  
**Hospitales de la División de Medicina de la  
Universidad de Texas  
Galveston, Texas**

Registro Médico-Original