

**RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ESCRITO**

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente/ Fecha de Nacimiento

Yo, \_\_\_\_\_, eh **recibido** una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de  
Nombre de paciente o representante legal

Oklahoma State University Center for Health Sciences.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha