



**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