



5700 Harper Drive NE, Suite 410
Albuquerque, NM 87109

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

El paciente o el representante autorizado legalmente (“Agente”) del paciente abajo firmante confirma que él o ella ha recibido/se le ha ofrecido personalmente una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Southwest Women’s Oncology en la fecha indicada abajo.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente: _____
(Por favor, escriba con letras de imprenta)

Información sobre el Representante Personal (adjunte documentación apropiada):

Agente: _____

Título: _____