

**University of Colorado Hospital  
University of Colorado Health Sciences Center  
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra imprenta)