



## **Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad**

Al firmar a continuación, por la presente acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de **Advanced Urology Centers of New York** y doy mi consentimiento a los usos y divulgaciones descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente (o representante personal)

\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Fecha de la firma

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente

\_\_\_\_\_

Relación del representante personal con el paciente

(si corresponde)