

**And the University of Texas Health Science Center at San Antonio (UTHSCSA)
Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices
Reconocimiento de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad**

Attached please find the UT Medicine San Antonio/UTHSCSA's Notice of Privacy Practices. Your name and signature on this cover sheet indicate that you have received a copy of UT Medicine San Antonio/UTHSCSA's Notice of Privacy Practices on the date indicated. If you have any questions regarding the information set forth in UT Medicine San Antonio/UTHSCSA's Notice of Privacy Practices, please do not hesitate to ask the clinic staff. If you need further assistance, please contact the UT Medicine San Antonio Privacy Officer at (210) 257-1400.

Adjunto encontrara el Aviso de Practicas de Privacidad de UTHSCSA/UT Medicine—San Antonio. Su nombre y firma en esta página indican que usted recibió una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de UTHSCSA/UT Medicine—San Antonio, en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información en el Aviso de Practicas Privadas de UTHSCSA/UT Medicine San Antonio, por favor pregunte al personal de la clínica. Si usted necesita más información, por favor de llamar al 210.257.1400 y pregunte por el Oficial de Prácticas de Privacidad

Authorization:

Autorización:

Do you authorize your immediate family members to have access to your medical records/information? *¿Usted autoriza a sus miembros inmediatos de la familia para tener acceso a sus registros médicos/información?*

YES(si) []

NO (no) []

Comments: (you may enter individual family member names. Please indicate whether to deny or authorize access.) *Comentarios: (Usted puede marcar los nombres individuales de miembros de familia. Indique por favor si excluye o para autorizar.)*

Print Patient Name: _____

Nombre del Paciente (manuscrito:

If Patient Representative, PRINT NAME: _____

Nombre del representate el paciente

If Patient Representative, PRINT relationship to Patient: _____

La relación del representante al paciente

Patient Signature or Patient Representative: _____

Firma del paciente o representante

Date Notice Received: _____

Fecha cuando recibió este aviso

Witness Signature: _____

Firma del Testigo