



2720 Sunset Boulevard, West Columbia, SC 29169 • (803) 791-2000

Afirmación de Recibo del Aviso de la Política de Privacidad

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Número de Cuenta/Expediente: _____

He recibido una copia del Aviso de la Política de Privacidad.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Parentesco con el individuo