



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

## Afirmación de Recido 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