

**University of Colorado School of Medicine  
University Physicians, Inc.**

**RECONOCIMIENTO 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 School of Medicine y University Physicians, Incorporated.

<http://www.cudoctors.com/partners-affiliates/cu-specialty-outreach-clinics-for-children/cu-outreach-forms/>

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

---

Sólo para uso interno

Razón por la cual no se obtuvo el reconocimiento de recibo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Attach Label