



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)