



Michiana's Leading
Musculoskeletal Resource

**RECONOCIMIENTO DEL RECIBIR
LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE OSMC**
ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF OSMC PRIVACY NOTICE

Reconozco que he recibido la Notificación de Privacidad de OSMC.

Nombre de Paciente en Letra de Molde

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Si la firma del Representante Personal aparece arriba, por favor describa la relación del Representante Personal con el paciente: _____

Fecha Efectiva: Abril 14, 2003

Effective Date: April 14, 2003