



RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE
INDIANA UNIVERSITY HEALTH GOSHEN
NOTICIA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia de
Indiana University Health Goshen Noticia de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente o Representativo Legal

Relación al Paciente

Nombre del Paciente (*Por favor escriba con letras de molde*)

Fecha

Indiana University Health Goshen

Date acknowledgement received:

OR

Reason acknowledgement was not obtained:

Patient Code/Medical Record # _____