



Colorado Center
for Arthritis & Osteoporosis, LLC

Reconocimiento de Aviso de Practicas de Privacidad

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento

Yo reconozco que he recibido de Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis, Aviso de Practicas de Privacidad de LLC.

Firma del Paciente o Representate del Paciente

Fecha

**Firma del Padre o Guardian Legal
(Si el paciente es menor de 18 anos)**

Fecha