

COOPER UNIVERSITY HOSPITAL
(EL SISTEMA DE SALUD DE COOPER)

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
(RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADA)

By signing below, you indicate that Cooper University Hospital has provided this Notice of Privacy Practices to you on:
(Firmando debajo, usted indica que el Sistema de Salud de Cooper le ha proporcionado este Aviso de Prácticas Privada el:)

Date / Fecha

Patient's Signature / La firma del paciente

Date/Fecha

Authorized Representative Signature
Firma Autorizada del Representante

Relationship to Patient
Relación al Paciente

Date / Fecha

FOR CUH USE ONLY / SÓLO PARA USO DE CHS

Describe attempt(s) to obtain acknowledgement, and reason(s) not obtained.
Describe los intentos de obtener el reconocimiento por escrito, y la razón no obtenida.
