

CREIGHTON UNIVERSITY
YO RECIBO EL PAMPHLETO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

La persona firmando abajo ha recibido el folleto sobre como mantener su privacidad de la Universidad de Creighton Medical Centro (Creighton University Medical Center).

Nombre de paciente: _____
(Favor de escribir con letra de imprenta)

Paciente

Pariente o Representante Legal
(si Paciente tenga menos de 19 años)

Fecha