



Yo he recibido una copia del libro: **Aviso Sobre Su Privacidad** de Camelback Women's Health.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si es necesario:*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ se nego a firmar esta forma.  
(The patient has declined to sign this document)

\_\_\_\_\_  
Staff Member Signature

\_\_\_\_\_  
Date