ADVANCED RADIATION CENTERS of NEW YORK
A Division of Integrated Medical Professionals

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Al firmar a continuación, por la presente acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de **Advanced Radiation Centers of New York** y doy mi consentimiento a los usos y divulgaciones descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

_____ _____,20____

Firma del paciente (o representante personal) Fecha de la firma

_____

Nombre del paciente

_____

Relación del representante personal con el paciente

(si corresponde)