

## Reconocimiento de Recepción del Aviso de Practicas Privadas

Al firmar este formulario, estoy reconociendo la recepción del aviso de prácticas de privacidad del Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus.

Tengo el derecho de revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este formulario. Si no firmo este formulario, el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) puede rechazar proporcionar tratamiento a mí/mí niño.

El Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) se reserva el derecho de revisar su Aviso de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Una copia de tales revisiones estará disponible a petición escrita.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Cliente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre de Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre de Paciente/Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha