

**GIẤY NHẬN THÔNG BÁO VỀ CHÍNH SÁCH BẢO VỆ SỰ RIÊNG TƯ**  
**TRUNG TÂM KHOA HỌC SỨC KHỎE ĐẠI HỌC NEW MEXICO (UNMHSC)**  
*RECEIPT OF UNMHSC PRIVACY NOTICE*

Tôi, là người ký tên dưới đây, công nhận đã được đưa Giấy Thông báo  
Cách Bảo vệ Riêng tư Bệnh nhân của UNMHSC vào

ngày \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_.  
(month #) (day #) (yr.)

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Bệnh nhân hoặc Đại diện

\_\_\_\_\_  
Tên Bệnh nhân hoặc Đại diện *(viết chữ in)*

\_\_\_\_\_  
Quan hệ với Bệnh nhân

*(Phần này dành cho nhân viên điền vào.)*

Nếu bệnh nhân **từ chối** hoặc **không thể** ký thì xin vui lòng cho biết lý do:

\_\_\_\_\_  
Tên Nhân viên UNMHSC *(viết chữ in)*

\_\_\_\_\_  
Ban / Phòng

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Nhân viên UNMHSC