

**THE UNIVERSITY OF TEXAS
HEALTH CENTER AT TYLER**
11937 US Highway 271 Tyler, Texas 75708-3154

Patient Name: _____

Patient MRN: _____

**Acknowledgement of
Receipt of
Notice of Privacy Practice**

My signature below indicates that I have been provided with a copy of The University of Texas Health Center at Tyler's Notice of Privacy Practice.

Signature of Patient or Legal Representative

Date

Printed Name

If signed by legal representative, relationship to patient _____

For office use only: NPP version number _____

~~~~~

**Acuse de recibo de la  
notificación de prácticas de  
privacidad**

Mi firma en este documento indica que he recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad del Centro de Salud de la Universidad de Texas en Tyler.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aclaración de la firma

Si la firma es la del representante legal, por favor, indicar su relación con el paciente

\_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de la oficina: Número de versión NPP \_\_\_\_\_