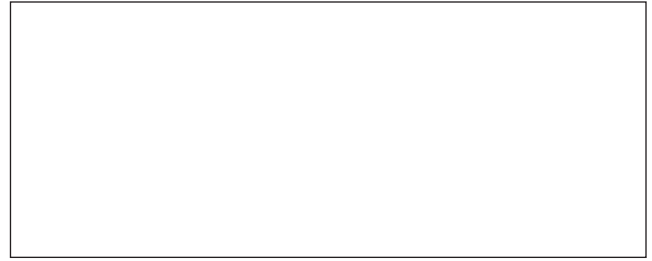




10.26



## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS

He recibido el Aviso de Prácticas Privadas del Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA, por sus siglas en inglés) de la University of Chicago.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en Letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o de un Representante Personal\*)

\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante Personal

*\* El Representante Personal es quien toma las decisiones en nombre del paciente, si el paciente no puede hacerlo. Puede ser uno de los padres, un tutor legal, un representante de atención médica u otra persona.*

---

**The University of Chicago Medical Center**  
5841 South Maryland Avenue, Chicago IL 60637

*El Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA) de la University of Chicago. Se aplica a los servicios de salud que se prestan en las siguientes entidades:*

- 1. University of Chicago Medical Center (UCMC): incluidos los enfermeros, residentes, voluntarios y el personal de otro tipo;*
- 2. Sectores de la University of Chicago que participan en las actividades de asistencia médica o las apoyan: incluidos los médicos, enfermeros, estudiantes, voluntarios y el personal de otro tipo.*