

C² Counseling
Acuse de Recibo
Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar abajo, yo reconozco que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de C2 Counseling que se ha proporcionado a mí antes de firmar este documento. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgación de mi información de salud protegida que se producirán en mi tratamiento, pago de mis cuentas o en la realización de operaciones de atención de la salud de C2 Counseling. Puedo obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento o revisar el aviso en el sitio web de la oficina al www.yvonnecastillophd.com. La oficina se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un aviso revisado de las prácticas de privacidad mediante el acceso a la página web de la oficina o solicitando una en el momento de mi próxima visita.

Es posible que se niega a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su información personal de salud, pero esto debe ser por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho de negarse a tratarlo si decide negarse a revelar su información de salud personal (PHI).

Imprimir Nombre del cliente

Fecha de Nacimiento

Fecha de hoy

Firma del Cliente

Fecha

Imprimir Guardián / Representante (si no es el cliente)

Fecha

Firma del Guardián / Representante (si no es el cliente)

Fecha

Presenciado por

Fecha