



ABRAHAM AVILES-SCOTT

LICENSED MARRIAGE & FAMILY THERAPIST

Acuse de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

Al firmar este formulario, usted acusa recibo de la *Notificación de Prácticas de Privacidad: Su información, Sus derechos, Nuestras responsabilidades* que le he dado. Mi *Notificación de Prácticas de Privacidad* proporciona información sobre cómo puedo usar y divulgar su información de salud protegida. Te animo a leerlo en su totalidad.

Mi *Notificación de Prácticas de Privacidad* está sujeto a cambios. Si cambio mi notificación, puede obtener una copia de la notificación revisada de mi poniéndose en contacto conmigo al 925-255-7704, o en mi sitio web aavilesscott.com.

Si tiene alguna pregunta sobre mi *Notificación de Prácticas de Privacidad*, contácteme en:

Abraham Aviles-Scott
PO Box 372
Concord, CA 94522
925-255-7704
aavilesscott@gmail.com

Acuso recibo del *Notificación de Prácticas de Privacidad* de Abraham Aviles-Scott, LMFT.

Firma del Paciente/Padre/Tutor/Guardián: _____

Fecha: _____

Incapacidad de Obtener Acuse de recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad.

Hice intentos de Buena fe para obtener el reconocimiento de mi paciente de su recibo de mi *Notificación de Prácticas de Privacidad*, incluyendo: [Describir los intentos de Buena fe]

Sin embargo, no pude obtener el reconocimiento de mi paciente porque: [Insertar razones por las cuales no se obtuvo el reconocimiento]

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____