



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 aviso 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 Aviso 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 Aviso de Prácticas de Privacidad, contácteme en:

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

Acuso recibo del Aviso 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 Aviso 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: _____