

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, usted acusa recibo del *Aviso de prácticas de privacidad* que le he dado a usted. Mi *Aviso de prácticas de privacidad* proporciona información sobre como puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida. Lo invito a leerlo en su totalidad.

Mi *Aviso de prácticas de privacidad* está sujeto a cambios. Si cambio mi aviso, usted puede obtener de mi una copia del aviso revisado poniéndose en contacto conmigo al 760-687-9883.

Si tiene alguna pregunta acerca de mi *Aviso de prácticas de privacidad*, póngase en contacto conmigo a la siguiente dirección y teléfono:

1650 Linda Vista Dr. Ste. 210  
San Marcos, CA 92078  
760-687-9883

Acuso recibo del *Aviso de prácticas de privacidad* de Mary L. Hill, LMFT.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(paciente/padre/curador/tutor)

**INCAPACIDAD DE OBTENER EL ACUSE**

Hice buenos intentos para obtener el acuse de recibo de mi *Aviso de prácticas de privacidad*, como por ejemplo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sin embargo, debido a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

no pude obtener el acuse de mi paciente.

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_