



RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS PRIVADAS
Y
AVISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DEL
PACIENTE SOBRE EL ALCOHOL Y EL ABUSO DE DROGAS

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tutor Legal/Relación: _____

Si el cliente es menor de 18 años, el tutor legal debe de firmar.

***He recibido una copia del AVISO DE LAS PRACTICAS PRIVADAS y el AVISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS RECORDS DEL PACIENTE SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.**

Firma: _____ Fecha: _____

O

***He decidido no recibir una copia del AVISO DE LAS PRACTICAS PRIVADAS y el AVISO DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS RECORDS DEL PACIENTE SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.**

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del terapeuta de SWFGC

Nombre y credenciales del terapeuta de SWFGC