

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ID#: _____

**Recibo Del Aviso De Las Prácticas 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 PRÁCTICAS PRIVADAS Y EL AVISO DE CONFIDENCIALIDAD DE
LOS EXPEDIENTES DEL PACIENTE SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.**

FIRMA

FECHA

—O—

HE DECIDIDO NO RECIBIR UNA COPIA DEL
**AVISO DE LAS PRÁCTICAS 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

FECHA

NOMBRE Y CREDENCIALES DEL TERAPEUTA DE SWFGC