

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, entiendo y reconozco que he leído y entiendo:

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo y reconozco que he leído y comprendo este consentimiento y que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de CFA actualmente en vigor. www.childandfamilyagency.org/privacy-practices-spanish/ Entiendo que la información sobre cómo CFA usará y divulgará mi información se puede encontrar en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CFA. <https://www.childandfamilyagency.org/privacy-practices-spanish/> Entiendo que mi consentimiento es efectivo mientras CFA mantenga mi información de salud protegida.

CONFIRMACIONES DE CITAS*

- Acepto que mi información de salud protegida se use para confirmar citas. Esto implicará dejar el nombre de la Agencia, el médico y el sitio junto con la hora de mi cita.
- No, por favor no confirme citas.

Firma del cliente o Padre/Tutor Legal/Representante Personal (Si la persona que recibe los servicios es menor de 18 años): *

Nombre Impreso _____
Nombre Apellido

Fecha* ____/____/____ (mm/dd/aaaa)