

Paola Caraker MFT

License # 45183

746 S. Main Ave Suite C

Fallbrook CA., 92028

(559)304-8557

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

By signing this form, you acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices that I have given to you. My Notice of Privacy Practices provides information about how I may use and disclose your protected health information. I encourage you to read it in full.

My Notice of Privacy Practices is subject to change. If I change my notice, you may obtain a copy of the revised notice from me by contacting me at **(559)304-8557**.

If you have any questions about my Notice of Privacy Practices, please contact me at: **577 E. Elder St. Suite B Fallbrook CA., 92028 (559)304-8557**.

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices of **Paola Caraker MFT license # 45183**

Signature: _____ Date: _____
(patient/parent/conservator/guardian)

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS 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 cómo 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 mí una copia del aviso revisado poniéndose en contacto conmigo en **[(559)304-8557]**.

Si tiene alguna pregunta acerca de mi *Aviso de prácticas de privacidad*, póngase en contacto conmigo en: **[577 E. Elder St. Suite B Fallbrook CA 92028 (559)304-8557]**.

Acuso recibo del *Aviso de prácticas de privacidad* de **[Paola Caraker MFT License # 45183]**.

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente / padre / custodio / tutor)