



**Aviso de prácticas de privacidad  
Acuse de recibo**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Por medio de la presente admito que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. Tengo entendido que, si tengo alguna pregunta sobre el aviso o mis derechos de privacidad, puedo contactar a Marcia S. Gibson PsyD & Associates, P. C. por teléfono al (630) 759-1732.

\_\_\_\_\_  
Firma de cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, guardián o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Si usted está firmando como representante personal de un individuo, por favor describa su autoridad legal para actuar por este individuo (poder notarial, sustituto de la salud, etc.)

El cliente se niega a aceptar el recibo.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha