



**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN
DE YOUTH CONSULTATION SERVICE
SOBRE LA PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconocimiento del Cliente/Padre/Guardián Legal

Youth Consultation Service, Inc., Notificación de Prácticas de Privacidad provee información acerca de cómo podemos usar y revelar información protegida (“PHI”) sobre la salud de usted/su niño(a). Usted tiene derecho de ver y revisar nuestra Notificación y hacer preguntas acerca de nuestras prácticas de privacidad. Como se proporciona en nuestra Notificación, los términos de nuestra Notificación pueden cambiar. Si cambiamos nuestra notificación, usted puede obtener una copia revisada al comunicarse con el Sr. Todd Schaper, Esq., Oficial de Privacidad, Youth Consultation Service, Inc., al 284 Broadway, Newark, Nueva Jersey 07104.

Usted tiene el derecho de solicitar el restringido de cómo PHI acerca de usted/su niño es usado o es revelado para el tratamiento, las operaciones del pago, o la asistencia médica. Nosotros no somos requeridos a concordar a estas restricciones, pero si estamos de acuerdo, seríamos comprometidos a nuestro acuerdo.

Firmando esta forma usted reconoce que usted ha recibido nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.

Imprima el Nombre del Cliente/Niño(a)

Imprima el Nombre Padre/Guardián Legal

La firma de Padre/Guardián Legal o
Cliente (si mas de 18 años de edad y ningún guardián legal a sido designado)

La fecha: _____