

Andrew R. Tidrick, LCSW
219 West Magnolia St., Suite 120
Fort Collins, CO 80521
2150 West 29th Ave., Suite 330
Denver, CO 80211
(970) 818-9332 Ext. 7

**Aviso de Prácticas de Privacidad
Recibo y Reconocimiento de Aviso**

Nombre del Paciente / Cliente: _____

Fecha de nacimiento : _____

SSN : _____

Por la presente declaro que he recibido y me han dado la oportunidad de leer una copia de Andrew Tidrick , Aviso de Prácticas de Privacidad de LCSW . Yo entiendo que si tengo alguna pregunta sobre la Notificación o mis derechos de privacidad , puedo comunicarme con Andrew Tidrick , LCSW al (970) 818-9332 , ext. 7 .

Firma del Paciente /Cliente **Fecha**

Firma o padre, guardián(a), representante personal * **Fecha**

* Si firma como representante personal de un individuo , por favor describa su autoridad legal para actuar en nombre de este individuo (poder notarial , guardián(a) de la salud , etc.)

Paciente/Cliente se niega reconocer recibo :

Firma del Empleado **Fecha**