

**Laurie J. Hall, LCSW**

5575 Lake Park Way, Suite 114, La Mesa, CA 91942  
(619) 297-0025 (619) 463-8986 FAX

---

**ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

El Acta de Prácticas de Privacidad de 1996 (“HIPAA”) fue aprobado por el Congreso para promover estándares y eficaz en la área de servicios de salud. HIPAA realizará estas metas a través de imponer nuevas reglas acerca de cómo los psicoterapeutas pueden usar y compartir información y a través de crear nuevos derechos para la gente acerca de su información de salud.

Al firmar esta forma, Usted reconoce que ha recibido una copia de la ley “HIPAA”. Esta copia de “HIPAA” provee toda la información acerca de la ley, específicamente cómo puedo usar y compartir información protegida por la ley acerca de su salud.

La ley “HIPAA” puede cambiar en el futuro. Si hay cambios acerca de cómo los psicoterapeutas pueden usar su información, yo le avisaré, y Usted puede recibir una copia de la nueva ley a través de llamarme al (619) 297-0025.

Si Usted tiene preguntas acerca del Acta de Prácticas de Privacidad (“HIPAA”), Usted puede contactarme: Laurie J. Hall, LCSW, 1835 El Cajon Blvd., Ste. A, San Diego, CA 92103, (619) 297-0025.

\_\_\_\_\_  
Cliente/Padre/Madre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Inabilidad de Obtener Acuso de Recibo de la Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad**

Yo intenté obtener el Acuso de Recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad, incluyendo\_\_\_\_\_. Sin embargo, por el hecho de que\_\_\_\_\_ no pude obtener la forma firmada.

\_\_\_\_\_  
Laurie J. Hall, LCSW  
Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha