



RACHAEL E. STRACKA, L.C.S.W.
127 EAST THIRD AVE., STE 201
ESCONDIDO, CA 92025
T: 760/489-1092 F: 760/738-8128

English

**Acknowledgment of “HIPAA Notice of Privacy Practices” and
“Office Policies & General Information: Agreement for
Psychotherapy, Psychoeducational, Consulting, and Assessment Services”**

Please sign below to indicate that you have been given the opportunity to read the “HIPAA Notice of Privacy Practices” (Revised 12/7/2014) and the “Office Policies & General Information: Agreement for Psychotherapy Services” (Revised 12/7/2014) either in the form of hard copy or electronically. By signing, you also indicate that you understand the information provided in the documents, have had any questions or concerns addressed and have been given a hard copy of either as desired.

Signature of Client or Guardian

Printed Name

Date: _____

Español

**Reconocimiento de “Notificacion de Practicas de Privacidad
de HIPAA” y “Procedimientos de la Oficina E Informacion
General: Acuerdo Para Servicios de Psicoterapia, Psicoeducacion,
Consultas, y Evaluacion”**

Favor de firmar abajo para indicar que se le ha dado la oportunidad de leer la “Notificacion de Practicas de Privacidad de HIPAA” (Revisado 12/7/2014) y los “Procedimientos de la Oficina E Informacion General: Acuerdo Para Servicios de Psicoterapia” (Revisado 12/7/2014) o en la forma de copia en papel o electronica. En firmar tambien indica ud. que entiende la informacion dado en los documentos, se le ha contestado cualquier pregunta o preocupacion y se la ha dado una copia de cualquier de los dos como deseado.

Firma del Cliente o Guardian

Nombre Imprimido

Fecha: _____