

CONFIDENCIALIDAD HIPAA

Fecha de la firma:

Nombre del cliente: _____

Número de Seguro Social/ID del cliente: _____

Entiendo que las Leyes y Reglamentos Federales protegen la confidencialidad de cada persona que recibe servicios de Cumberland River. Como participante en un componente ambulatorio, un grupo de DUI o un programa residencial de Cumberland River, entiendo que la identidad de los demás participantes es confidencial. También entiendo que la información que otros participantes puedan compartir durante su asistencia al programa no debe compartirse fuera del mismo.

Firma del cliente

Firma del padre/tutor

Firma del testigo