

Lety Arreola-Garcia, MS, AMFT

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO - INDIVIDUAL/GRUPO

Reconocemos que hemos leído y comprendido la información incluida en las Políticas de la Oficina de Lety Arreola-García y el Consentimiento Informado. Acordamos cumplir con estas políticas de la oficina durante nuestra relación profesional. También reconocemos que hemos leído y comprendido la información incluida en el Aviso de prácticas de privacidad de Lety Arreola-Garcia. Hemos tenido la oportunidad de discutir cualquier inquietud con Lety Arreola-Garcia y aceptamos el tratamiento.

Nombre (imprimir): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (imprimir): _____

*Si es menor de edad (Padre/Madre/Guardián)

Firma: _____ Fecha: _____