

DAYMARK RECOVERY SERVICES, INC.

Medicaid No.

MR#

Client

Date of Birth

RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DEL CONSUMIDOR

Yo he recibido la información de Sus Derechos y Responsabilidades que explica los derechos y responsabilidades del consumidor.

También he recibido información adicional que explica el proceso de queja de los consumidores, búsqueda e incautación, suspensión y expulsión.

Yo entiendo que puedo hacer preguntas para clarificación si es que tengo alguna pregunta o preocupación.

Entiendo que puedo solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga la información confidencial, y que en situaciones específicas mi solicitud de restricciones puede no ser respetada debido a las leyes estatales y federales u otras situaciones especiales

Estoy de acuerdo en mantener confidencial toda la información acerca del consumidor y no divulgare o discutiré con ninguna persona o agencia fuera de DAYMARK.

Firma del Consumidor/Persona Legalmente Responsable

Fecha

Escriba el Nombre de la Persona Legalmente Responsable

Fecha