

### **Patient's Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices**

아래의 환자는 치료자로부터 치료 및 검사와 관련 사생활 보호에 대한 내용을 고지를 받았음을 인정함

I acknowledge that I have been given a copy of Dr. Kim's Notice of Privacy Practices. We have discussed these policies, and I understand that I may ask questions about them at any time in the future.

나는 심리학자 김선아로부터 Notice of Privacy Practices 에 관한 내용을 고지받았고, 관련 방침에 대해 설명을 들었음을 인정합니다.  
나는 추후 의문점이나 궁금한 점이 있을 때 언제든지 심리학자 김선아에게 문의할 수 있음을 이해합니다.

I consent to accept these policies as a condition of receiving psychological services.

나는 심리치료 및 검사와 관련된 서비스를 받는 조건에 관한 방침 내용을 따를 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_  
Client Print Name 이름

\_\_\_\_\_  
Date 날짜

\_\_\_\_\_  
Client Signature 서명

\_\_\_\_\_  
Date 날짜