

Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad y el Formulario de Consentimiento



3329 Tweedy Blvd. South Gate, CA 90280 (323)566-6183

E-Mail: southgateoptometry@msn.com

Nombre del paciente: _____

Número del paciente: _____ Número de teléfono del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Este consentimiento cubrirá todos los abastecedores del cuidado médico empleados cerca y/o practicando de las oficinas poseídas y funcionadas por South Gate Optometry como se declaró anteriormente.

En el curso de proporcionarle servicio, creamos, recibimos y almacenamos la información de la salud que le identifica. Es a menudo necesario utilizar y divulgar esta información de la salud para tratarle, obtener el pago por nuestros servicios y conducir las operaciones del cuidado médico que implican nuestra oficina.

El Aviso de las Prácticas de Privacidad que ha recibido describe estas aplicaciones y accesos detalladamente. Usted está libre de referir a este aviso en cualquier hora antes de firmar esta forma. Según lo descrito en nuestro **Aviso de las Prácticas de Privacidad**, el uso y el acceso de su información de la salud para los propósitos del tratamiento incluye no solamente el cuidado y el servicio proporcionados aquí, pero también accesos de su información de la salud como puede ser necesario o apropiado para usted recibir cuidado médico de otro profesional de salud. Semejantemente, el uso y el acceso de su información de la salud con objeto de el pago incluye (1) nuestra sumisión de su información de la salud a un agente o a un vendedor de la facturación para procesar demandas u obtener el pago; (2) nuestra sumisión de demandas a los pagadores o a los aseguradores de tercera persona para la revisión de las demandas, determinación de beneficios y pago; (3) nuestra sumisión de su información de la salud a los interventores empleados por los pagadores y los aseguradores de tercera persona; y (4) otros aspectos del pago descritos en nuestro **Aviso de las Prácticas de Privacidad**. Nuestro **Aviso de las Prácticas de Privacidad** será actualizado siempre que nuestras prácticas de privacidad cambien. Usted puede conseguir una copia actualizada aquí en la oficina o de nuestra página de internet.

Quando usted firma este documento de consentimiento, significa que usted conviene que podemos, utilizaremos y divulgaremos su información de la salud para tratarle, para obtener el pago por nuestros servicios y para realizar operaciones de atención médica. Usted también significa que usted ha recibido una copia de nuestro **Aviso de las Prácticas de Privacidad**.

Usted tiene el derecho de pedir que restrinjamos las aplicaciones o los accesos hechos para los propósitos de las operaciones de tratamiento, de pago o de atención médica, pero según lo descrito en nuestro **Aviso de las Prácticas de Privacidad**, nos no obligan a convenir estas restricciones sugeridas. Si convenimos, sin embargo, las restricciones son vinculantes para nosotros. Nuestro **Aviso de las Prácticas de Privacidad** describe cómo pedir una restricción.

He leído este documento y lo entiendo. Consiento al uso y al acceso de mi información de la salud con objeto de tratamiento, pago, y operaciones de atención médica. Reconozco que he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad de South Gate Optometry

Firma

Fecha

Si firma como representante personal del paciente, describa la relación al paciente y la fuente de autoridad para firmar esta forma:

Relación al paciente

Imprima el Nombre

Fuente de autoridad: _____