

Al firmar esta cedula, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de la información protegida de su salud para el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará a las revelaciones que hemos hecho de acuerdo a su consentimiento previo. Advanced Family Eye Care, puede condicionar el tratamiento sobre la ejecución de este consentimiento.

Adicionalment, al firmar esta cedula usted reconoce que al presentarse como paciente o algun nino(a) usted da consentimiento para el cuidado y tratamiento del ojo por los doctores y el personal de Advanced Family Eye Care. Usted, por este medio da completa autoridad a los optometristas/ofthalmologos, y sus respectivos asistentes, administrar y realizar cualquier y todas los medicamentos, tratamientos, examines, o procedimientos diagnosticos a o sobre mi, que sean sugeridos o necesarios.

Esta información y Notificación de Prácticas de Privacidad está disponible bajo petición.

Nombre del Paciente _____

Numero de Seguro Social _____

Firmado Por: _____

Paciente o Representante

Fecha: _____

Parentesco (si es otro que el paciente) _____

Testigo: _____