



AVISO DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE

Uso y Relevación de Información Protegida por La Acta de Salud

Por favor tenga en cuenta que nuestra política de Aviso de prácticas de privacidad está disponible en la recepción, Visionary Ophthalmology, con licencia patentada como Visionary Eye Doctors, y también en línea en nuestro sitio web, www.voeyedr.com. Este Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información detallada sobre cómo podemos utilizar y exponer su información médica. Los detalles de esta política cumplen totalmente con todas las disposiciones (leyes), incluyendo las más recientes.

Formulario de recibo y consentimiento para el uso y revelación de la información

Las copias de nuestro Aviso de prácticas de privacidad brindan información sobre cómo podemos usar y disponer de su información médica, esta cumple con los requisitos de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA). Nuestro Aviso de prácticas de privacidad establece que nos reservamos el derecho de cambiar los términos descritos. Si esto sucede, expondremos la nueva política y la fecha de vigencia en nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo su información de salud medica puede ser utilizada o divulgada para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar sus restricciones; pero si lo hacemos, estaremos obligados por acuerdo mutuo. Al firmar a continuación, el haber recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad, doy mi consentimiento total a Visionary Ophthalmology, haciendo negocio como Visionary Eye Doctors, para el uso y la utilización de información sobre mí tratamiento médico, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando la práctica ya haya hecho utilizado mi información médica en fideicomiso con mi previo consentimiento. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 301-896-0890.

Nombre de la Persona o Entidad Autorizada	Relación	Número de Teléfono
--	-----------------	---------------------------

Nombre de la Persona o Entidad Autorizada	Relación	Número de Teléfono
--	-----------------	---------------------------

Representante personal, familia u otras entidades con Acceso autorizado a la información médica protegida que se utilizará y / o compartir / comunicar.

Identifique específicamente a estas personas y / u otras entidades a las que autoriza para utilizar y / o comunicar su información de salud protegida con respecto al tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica.

Nombre de la Persona o Entidad Autorizada	Relación	Número de Teléfono
--	-----------------	---------------------------

Nombre de la Persona o Entidad Autorizada	Relación	Número de Teléfono
--	-----------------	---------------------------