



21098 Bake Parkway, Suite 110
Lake Forest, CA 92630
Tel: (949) 597-0104 Fax: (949) 597-0106
www.ModernEyewear.com

Informe de Pólizas de Privacidad

Nombre Paciente: _____

Teléfono Paciente: _____

Domicilio Paciente: _____

Durante el proceso de ofrecerle nuestros servicios, creamos, recibimos y guardamos información que lo identifica. Frecuentemente es necesario usar y revelar esta información de salud en orden de tratarlo, obtener pagos por nuestros servicios, y conducir operaciones de salud pertinentes a nuestra oficina.

El aviso de privacidad de practica que se le ha entregado describe estos usos y revela detalladamente, que usted puede referirse a este aviso antes de firmar esta forma. Como se describe en nuestro aviso de Privacidad de la Practica, el uso y revelación de su información de salud para propósitos de tratamiento no incluye solamente cuidado y servicios dados aquí, también incluye publicación de su información de salud cuando es apropiado para que reciba mas cuidados de salud de otros profesionales de salud. Similarmente, el uso y publicación de su información de salud para propósitos de pagos incluye (1) nuestra presentación de su información de salud a una agencia de cobros para procesar el caso y obtener pagos; (2) nuestra presentación del caso a un tercero de seguro para revisión, determinación de beneficios y pagos;(3) nuestra presentación de su información de salud a auditores contratados por los terceros seguros; y (4) otros aspectos de pago escritos en nuestro Aviso de Privacidad de Practicas. Nuestro Aviso de Privacidad de Practicas será reformado a medida que haya cambios. Usted puede obtener una copia al día en nuestra oficina.

Cuando usted firme este documento de aceptación, usted confirma que esta de acuerdo que nosotros podemos y podremos usar y publicar su información de salud para tratarlo, obtener pagos por nuestros servicios y tratar operaciones de cuidado de su salud. También usted confirma que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Privacidad de Practicas.

Usted tiene el derecho de pedirnos restricciones en el uso y publicación hecho para el propósito de tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud, pero como esta escrito en nuestro Aviso de Privacidad de Practicas, no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Si no estamos de acuerdo, sin embargo, las restricciones son nuestra responsabilidad. Nuestro Aviso de Privacidad de Practicas explica como pedir estas restricciones.

He leído este documento y lo entiendo. Acepto el uso y publicación de mi información de salud para propósito de tratamiento, pagos y operaciones de cuidado de salud. Yo aseguro que he recibido el Aviso de Privacidad de Practicas de Modern Eyewear Optometry.

Firma: _____

Fecha: _____

Y si esta firmando como representativo del paciente, que relación y autoridad tiene con respecto al paciente para firmarle esta forma:

Relación al paciente:
