

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

Del Rey Optometry at the Marina
4266 Lincoln Blvd.
Marina Del Rey, Ca. 90292-6307

Del Rey Optometry
8511 Pershing Dr.
Playa Del Rey, Ca. 90293

(310)823-4595 Fax (310)823-4598
Correo Electrónico: marina@delreyoftometry.com

(310)5776401 Fax (310)577-6403
Correo Electrónico: playa@delreyoftometry.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 Del Rey Optometry / Del Rey Optometry at the Marina 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 a 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 medico 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 pagina de internet.

Cuando 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 medica, 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 medica. Reconozco que he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad de Del Rey Optometry / Del Rey Optometry at the Marina.

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: _____