**Reconocimiento De La Notificación De Prácticas De Privacidad**

**Medicaid/Medicare/Autorización de seguro privado para la asignación de beneficios o liberación de información:**

Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos/visuales a la Fremont Vision Source para cualquier servicio proporcionado a mí por el proveedor. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier monto no cubierto por mi contrato. También le autorizo a que le entregue a mi compañía de seguros, o a su agente, informacion sobre atencion medica, asesoramiento, tratamiento o suministros que me proporciono. Esta información se usará con el propósito de evaluar y administrar los beneficios de la reclamación.

**Reconocimiento de HIPAA:**

He leído o me había explicado Fremont Vision Source de las prácticas de privacidad y estoy de acuerdo en continuar mi cuidado con la fuente de visión de Fremont bajo dichos términos.

**Comunicación con familiares y amigos:**

Autorizo a Fremont Vision Source a divulger información sobre mis condiciones médicas/de la visión y/o el tratamiento a las personas siguientes:

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre**:\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación **:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**He leído y entiendo este formulario. Lo firmo voluntariamente.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente Fecha

Si usted está firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Relación con el paciente

**Reconocimiento De La Notificación De Prácticas De Privacidad**

**Medicaid/Medicare/Autorización de seguro privado para la asignación de beneficios o liberación de información:**

Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos/visuales a la Fremont Vision Source para cualquier servicio proporcionado a mí por el proveedor. Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier monto no cubierto por mi contrato. También le autorizo a que le entregue a mi compañía de seguros, o a su agente, informacion sobre atencion medica, asesoramiento, tratamiento o suministros que me proporciono. Esta información se usará con el propósito de evaluar y administrar los beneficios de la reclamación.

**Reconocimiento de HIPAA:**

He leído o me había explicado Fremont Vision Source de las prácticas de privacidad y estoy de acuerdo en continuar mi cuidado con la fuente de visión de Fremont bajo dichos términos.

**Comunicación con familiares y amigos:**

Autorizo a Fremont Vision Source a divulger información sobre mis condiciones médicas/de la visión y/o el tratamiento a las personas siguientes:

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre**:\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación **:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**He leído y entiendo este formulario. Lo firmo voluntariamente.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente Fecha

Si usted está firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Relación con el paciente