

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Fremont Vision Source
215 E 22nd Street, Fremont, NE 68025
402-721-8032

La ley requiere que Fremont Vision Source haga todo lo posible para informarle de sus derechos relacionados con su información personal de salud. Con mi firma a continuación, reconozco que:

_____ Se me dio la oportunidad de leer, eh leído o me explicaron el aviso de prácticas de privacidad de Fremont Vision Source antes de que se ofrecieran servicios.

_____ El aviso de prácticas de privacidad no se pudo leer debido a la naturaleza emergente de la atención y se adquirirá cuando sea posible.

Autorizo a Fremont Vision Source a divulgar mi información personal de salud a las siguientes personas.

Nombre: _____ Relación _____

Nombre: _____ Relación _____

HE LEIDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. LO ESTOY FIRMANDO VOLUNTARIAMENTE.

Paciente firma

Fecha

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

Representante firma

Fecha

Relación con el paciente