

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Fremont Vision Source
2955 E. Elk Lane, 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.

Nombre del Paciente (Escrito)

Nombre del Paciente (Firma)

Fecha

Si firma como representante personal del paciente, indique su relación. Si firma en nombre de un menor, **certifica que tiene la autoridad legal para tomar decisiones médicas en nombre del menor.**

Representante (Escrito)

Relacion al Paciente

Representante (Firma)

Fecha

Indique cualquier otro padre, padrastro, tutor o otra persona autorizada para tomar decisiones médicas por el menor.

Nombre de otra persona autorizada (Escrito)

Relacion

Nombre de otra persona autorizada (Escrito)

Relacion