

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Fremont Vision Source
2955 E Elk Lane Fremont, NE 68025
402-721-8032

Leí o tuve la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad de Fremont Vision Source antes de ofrecer cualquier servicio.

___ El Aviso de Prácticas de Privacidad no pudo ser leído debido a la naturaleza emergente de la atención y se adquirirá cuando sea posible.

Autorizo a Fremont Vision Source a divulgar mi información médica personal a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

Nuestra oficina podría usar mensajes de texto y correos electrónicos para comunicarse con usted. Aunque cumplen con la HIPAA, es posible que no estén cifrados y no se puede garantizar la privacidad completa.

___ Autorizo el uso de mensajes de texto y correo electrónico.
___ No autorizo el uso de texto y correo electrónico para comunicarse conmigo

___ Autorizo la divulgación de información sobre salud reproductiva, incluidas cirugías, procedimientos y medidas anticonceptivas como parte de mi historial médico completo.
___ NO autorizo la divulgación de información de salud reproductiva, incluidas cirugías, procedimientos y medidas anticonceptivas como parte de mi historial médico completo.

He leído y comprendido este formulario. Lo firmo voluntariamente.

_____/_____/_____
Nombre del paciente (en letra imprenta) Firma del paciente Fecha

Si firma como representante personal del paciente, indique su parentesco. Si firma en nombre de un menor, declara tener la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre y dar su consentimiento para dicha atención. Indique a cualquier otro padre, madre, padrastro, tutor u otra persona autorizada para tomar decisiones médicas en nombre del menor.

_____/_____/_____
Nombre del representante (en letra imprenta) Firma del representante Relación

Otras personas autorizadas para tomar decisiones legales por el menor