

# 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 puede utilizar mensajes de texto y correos electrónicos para comunicarse con usted. Aunque cumplen con la ley HIPAA, es posible que no estén cifrados y no se puede garantizar privacidad total.

Autorizo el uso de texto y correo electrónico.

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

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
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 y da su consentimiento para dicha atención.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Otro nombre individual autorizado (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Otro nombre individual autorizado (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación