

PACIENTE COMUNICACIÓN / RECONOCIMIENTO POR ESCRITO

A. Familia y Amistades. Es la política de la oficina de la Clínica Oftalmóloga de Hillsboro no divulgar la información médica confidencial sobre su tratamiento a miembros de la familia y amistades, a excepción de, (1) el padre/tutor legal, (2) la persona autorizada por el paciente, (3) ya que puede inferir razonablemente de las circunstancias (por ejemplo, si usted trae a un familiar o amistad a la sala de examen, vamos a suponer, a menos que usted se oponga, esta persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento), (4) en situaciones de emergencia, o (5) otros según lo permitido por la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPPA).

Si usted anticipa que va a necesitar o desear su información médica se ha proporciona a los miembros de su familia, amistades o cuidadores/niñeras, por favor indique abajo, para poderle servirle mejor. Si no desea que se le dé información médica a los miembros de su familia, por favor marque (x) la línea siguiente a la respuesta "no". Al firmar este documento, usted autoriza a las siguientes personas recibir información sobre su tratamiento o cuidado. (Si desea agregar nombres más adelante, confirmarlo por escrito, por favor, o llame a nuestro personal.)

Esposo/Esposa:	_____	_____	si	_____	no
Padres:	_____	_____	si	_____	no
Otros:	_____	_____	si	_____	no
	_____	_____	si	_____	no

B. Comunicación Alternativa. También tienen derecho a especificar los medios alternativos y razonables de comunicación, si usted no desea ser contactado por nosotros de una manera determinada.

Por lo presente solicito el único medio de comunicación: _____

Por lo presente reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Clínica Oftalmóloga de Hillsboro.

Nombre [en letra de imprenta]: _____

Firma: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Yo soy el padre/tutor legal de _____ [nombre del paciente]. Por lo presente reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Clínica Oftalmóloga de Hillsboro.

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Relación: Padres Tutor Legal

Nombre [en letra de imprenta]: _____

Firma: _____

Fecha: _____