



EYE SURGERY CENTERS OF NEW YORK
DERECHOS DE PRIVACIDAD

DERECHO DE PRIVACIDAD (VERSIÓN PN- 2, 29/03/03) LA PRESENTE CONFIRMA:

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN

IMPRESION DE NOMBRE

FECHA

Si es firmado por el tutor o poder notarial, nombre del paciente:

El paciente o la persona que firma para el paciente nombrado anteriormente, roconozco haver recibido Los Derechos De Privacidad que es federalmente requerido, Aviso de prácticas de privacidad, proporcionado a usted en virtud de las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996. El aviso describe cómo la información médica sobre usted (o el paciente, si usted es alguien que firma para el paciente) puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a la información. Usted también tiene otros derechos de privacidad bajo la ley federal, y estos derechos se describen más detalladamente en la convocatoria. Se le ha dado una copia para llevar con usted. Por favor revise cuidadosamente. El aviso le ayuda a entender todos los usos y revelaciones que se pueden hacer de su información médica, y describe sus derechos de privacidad. El aviso también indica con quien debe ponerse en contacto si tiene preguntas acerca de los derechos de privacidad. Este recibo se mantendrá en su archivo de historias clínicas para documentar que ha recibido este aviso requerido.