



400 Highland Ave, Suite 20, Salem MA 01970
Phone (978) 744-1177
Fax (978) 910-0507

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

Estamos obligados por ley federal y estatal mantener la privacidad de su información Medica. Somos conscientes de estas responsabilidades y llevarlas a cabo. También estamos obligados a darle un aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos sobre su información Medica. Si a usted le gustaría la Notificación completa de prácticas de privacidad, por favor pregunte a nuestro personal de recepción.

Yo entiendo mis derechos y entiendo que los Médicos y el personal de Eye Center of North Shore respetaran mis derechos y cumplan con sus responsabilidades dentro de los lineamientos de la ley.

Doy mi consentimiento para compartir y permitir el acceso de mis registros médicos a los profesionales Medicos que participan a través Healthnet Intercambio de Información .

Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente

Firma de Padre or Representante Autorizado

Fecha de Hoy