



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

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБЯЗАННОСТЯХ МЕДИЦИНСКОГО ОФИСА И ПРАВАХ
ПАЦИЕНТА

Федеральный закон и закон штата требуют сохранять в секрете информацию о Вашем здоровье. Мы хорошо осведомлены об этих обязанностях и выполняем их безукоризненно. Мы также обязаны ознакомить Вас о наших методах сохранения в секрете информации о вашем здоровье, наших правовых обязанностях и Ваших правах относительно Вашей медицинской информации. Если Вы хотели бы иметь полный обзор наших методов, пожалуйста, попросите наших сотрудников регистратуры предоставить Вам эти документы.

Я понимаю свои права, а также понимаю, что все доктора и сотрудники Глазного Центра North Shore уважают мои права и выполняют свои обязанности в рамках рекомендаций закона.

Я даю согласие на доступ медицинским специалистам к моей медицинской истории через Healthnet Information Exchange.

Имя пациента (пожалуйста печатными буквами)

Дата рождения

Подпись пациента

Подпись родителя, опекуна или уполномоченного представителя

Дата