



Debido a las nuevas regulaciones del gobierno, estamos obligados a que todos los pacientes revisen y firmen el siguiente documento relativo a la información personal.

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA. TAMBIÉN EXPLICA CÓMO SE PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

- Cuando sea necesario, proporcionaremos solo la información mínima necesaria para referir a un paciente a una especialista, obtener el pago del servicio por parte de su campaña de seguros y enviar tarjetas anuales recordando a los pacientes que es momento de su examen rutinario de la vista.
- En raras ocasiones, también podemos enviar tarjetas que describen la disponibilidad de nuevos productos.
- A solicitud del paciente, proporcionaremos una copia de su expediente.
- Si necesita que cierta información personal se mantenga confidencial, haremos todo lo posible por hacerlo. Sin embargo, cierta información es requerida por las compañías de seguros para presentar reclamaciones.
- Tratamos de mantener toda la información actualizada, incluyendo sé dirección, numero de telefono y tipo de seguro. Por favor, avísanos lo antes posible cuando cualquiera de esta información necesite ser actualizada.
- Si necesita saber específicamente cómo se ha utilizado su información privada en nuestra oficina, por favor pregunte.
- Si desea una copia de este aviso, por favor háganoslo saber.
- Estamos obligados por ley a proteger la información privada de salud, a distribuir nuestra política y cumplir con los términos de este aviso.
- Siempre hemos tomado estas precauciones, pero hemos establecido este aviso por escrito inicialmente el 31 de agosto de 2003.
- Si tiene preguntas sobre el uso de nuestra información, por favor díganos por escrito o póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Yo, el paciente, autorizo la divulgación de mi información médica, incluyendo la discusión sobre mi tratamiento y atención médica, a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito por mi.

Si necesita más información, por favor contacte a: Jena Wolf, OD, PC – Presidenta y CEO

303.654.7933
193 S 27th Ave, Ste 400
Brighton, CO 80601
info@feob.net
familyeyecareofbrighton.com