

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Entiendo que mi información de atención médica en Center for Advanced Eye Care está protegida, y he recibido una copia de su Aviso de prácticas de privacidad para el paciente.

Para que Center for Advanced Eye Care me pueda dejar mensajes detallados en mi correo de voz o en mi contestador automático, necesito dar autorización para que lo hagan.

CONSENTIMIENTO PARA QUE ME DEJEN MENSAJES

Doy consentimiento para que dejen información sobre los resultados de mis pruebas, recordatorios o instrucciones detalladas sobre mis citas o de mi hijo (menor de 18 años) en mi correo de voz o en mi contestador automático. Entiendo que la información "confidencial", según lo que se menciona abajo, queda excluida.

Iniciales del paciente	
------------------------	--

CONSENTIMIENTO PARA QUE SE COMPARTA INFORMACIÓN CON FAMILIA Y AMIGOS

Quiero que mis familiares o mis amigos tengan acceso a mi información de atención médica. Los nombres mencionados abajo son de familiares a quienes concedo acceso a mi información médica mediante revelaciones verbales limitadas.

Iniciales del paciente	
------------------------	--

NOMBRE	RELACIÓN

Entiendo que algunos datos se consideran "confidenciales". Entiendo que debo marcar las líneas específicas para que mi proveedor o su representante entreguen la información "confidencial".

- Trastornos de salud mental/psiquiátricos (incluyendo depresión)
- Dependencia química (abuso de drogas o alcohol/tratamiento)
- Información sobre embarazo
- Enfermedades de transmisión sexual
- Virus del VIH/SIDA

Nombre del paciente (en letra de molde)	Fecha de nacimiento
Firma del paciente	Fecha

Este consentimiento se considerará válido hasta que yo lo revoque. Me reservo el derecho de revocarlo en cualquier momento. Será mi responsabilidad mantener actualizada esta información.