



Forma de Contrato para el Paciente e Información Privada Acerca de mi Salud (PHI , Private Health Information)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Favor de proporcionar dos teléfonos a donde podamos localizarlo (En orden de preferencia).

1. _____ Casa Celular Trabajo

2. _____ Casa Celular Trabajo

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s), además de mi médico y yo, o cualquier médico involucrado en mi bienestar, a recibir Información Privada Acerca de mi Salud (PHI) acerca de mi cuidado médico:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Restricción de Información Privada de Salud – Información Extremadamente Importante:

Si existe alguna persona, como por ejemplo un pariente, que este restringido de recibir PHI (Información Privada de Salud) acerca de un paciente que sea menor de edad, usted deberá firmar una forma HIPAA F y proporcionar una copia de la documentación legal que compruebe dicha restricción para su expediente. La forma HIPAA F de Nationwide Vision y los documentos legles deberán ser enviados a el oficial de Nationwide Vision encargado de HIPAA.

Si necesita ayuda para llenar esta forma, favor de pedirle al administrador de la oficina que le asista. Si no existe ninguna restricción al acceso de su información, favor de escribir sus iniciales: _____

Reconozco que he leído y/o recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y Condiciones de Servicio de Nationwide Vision: Si Iniciales: _____

Firma del Paciente/Padre o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente/Padre o Representante Personal

Relación con el paciente