

# Forma de Contacto de Paciente Y Restriccion IPS

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Porfavor provea las dos mejores formas de contactalo/a (liste los numeros en forma de preferencia).

1. \_\_\_\_\_  Hogar  Celular  Trabajo
2. \_\_\_\_\_  Hogar  Celular  Trabajo

Yo autorizo la(s) siguiente(s) persona(s) que recivan Informacion Privada de Salud (IPS) perteneciendo a mi cuidado aparte de mi persona o cualquier otro medico involucrado en mi cuidado

Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

## Restriccion de Ininformacion Privada De Salud – Informacion Extremamente Iportante

Por favor ponga sus *INICIALES* en la que le aplique mejor:

Iniciales: \_\_\_\_\_ **NO** restriccion de access

Iniciales: \_\_\_\_\_ **Acceso Restringido**

Si ay alguien ,como un padre, que tenga restrincion de recibir IPS informacion perteneciendo a un paciente que es un menor, una forma llamada **Nationwide Vision & Nationwide Optometry HIPAA Form F** tiene que ser llenada junto con **una copia de documentos legales para apoyar la restrincion**. La forma Nationwide Vision’s & Nationwide Optometry’s HIPAA Form F y documentos legales tienen que ser llevados a un official de conformidad HIPAA de Nationwide.

Si necesita acompletar la **FORMA F**, preguntele al gerente por asistencia en esta solicitud.

Al firmar abajo, yo reconosco que e leido y recibido una copia de Nationwide Vision & Nationwide Optometry refiriendo a avisode practicas de privacidad y condiciones de servicio.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente /Padre o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/Padre o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relacion a paciente