

HIPAA Consentimiento
NEW JERSEY EYE CENTER
Reconocimiento de practicas de privacidad y designacion de divulgacion

1. Reconocimiento de practicas de privacidad

Yo he recibido una copia de la New Jersey Eye Center aviso de practicas de privacidad.

Nombre del Paciente fecha de nacimiento furma del paciente/padre/guardian fecha

2. Designacion de ciertos parientes, amigos cercanos, o cuidadores

Inicial actualizacion

Yo estoy de acuerdo que New Jersey Eye Center puede divulgar ciertas porciones de la informacion de mi salud a familiares, amigos cercanos o cuidadores porque ciertos personas involucradas con mi salud o pagos relacionados con mi salud. En este caso, New Jersey Eye Center puede divulgar solo informacion que es directamente relevante a la participacion de la persona involucrada con mi cuidado o payos relacionados a mi salud.

deseo no designar a nadie en este momento.

Furma del paciente/padre/guardian Fecha

Yo quireo designar a las signicottes personas que lotan en el listado para ser involucrados en mis cuidados de saludos o pagos velaceonados con mi salud y para el proposito que New Jersey Eye Center haga divulgameento limitado descrito anteriormente. (Yo entiendo que no requieren que liste a nadie. Yo tambien entiendo que puedo cambiar esta lista por escrito cualquier momento)

- Imprimir Nombre: _____ Ultimos 4 digitos del SS#(requeridos): _____
- Imprimir Nombre: _____ Ultimos 4 digitos del SS#(requeridos): _____
- Imprimir Nombre: _____ Ultimos 4 digitos del SS#(requeridos): _____
- Imprimir Nombre: _____ Ultimos 4 digitos del SS#(requeridos): _____
- Imprimir Nombre: _____ Ultimos 4 digitos del SS#(requeridos): _____
- Imprimir Nombre: _____ Ultimos 4 digitos del SS#(requeridos): _____
- Imprimir Nombre: _____ Ultimos 4 digitos del SS#(requeridos): _____
- Imprimir Nombre: _____ Ultimos 4 digitos del SS#(requeridos): _____

Furma del paciente/padre/guardian Fecha