

Aviso de Prácticas de Privacidad

Firmo que he recibido una copia o leído el aviso de las pólizas y prácticas de privacidad de Pasadena Eye Associates.

Firma _____ Fecha _____

PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Me gustaría ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen)

- Teléfono de la casa
- Celular
- Correo Electrónico (email) _____
- Correspondencia escrita
 - Mandar correo a la dirección de mi casa.
 - Mandar vía Fax a este numero _____

¿Con quién no podemos hablar sobre su salud y cuenta financiera?

Name _____

Relación _____

Otros detalles _____

Firma de Paciente/Padres _____

Fecha _____