

CONSENTIMIENTO PARA EL USO / O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL AL PACIENTE

Como paciente de Puget Sound Eye Care o Optical Solutions, usted tiene el derecho de saber cómo podemos utilizar y divulgar información acerca de usted. La Información acerca de esto esta en nuestro **aviso de prácticas de privacidad**.

Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este formulario. Una copia de esta notificación está a su disposición para su consulta en la recepción. Podemos cambiar nuestro aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad actual.

Usted debe leer nuestro aviso de Prácticas de Privacidad cuidadosamente antes de firmar este formulario. Tal como nuestro aviso de Prácticas de Privacidad explica, necesitamos su consentimiento para usar o divulgar información sobre usted para que podamos proporcionarle tratamiento médico, arreglar el pago de su cuidado, y realizar ciertos tipos de operaciones administrativas de atención médica. Al firmar este **CONSENTIMIENTO PARA EL USO / o divulgación de información del paciente**, usted acepta que podemos utilizar o divulgar información sobre usted para estos fines.

Usted tiene el derecho legal de pedirnos que no usemos o revelemos información sobre usted para algunos tipos de tratamiento, pago u operaciones de atención de los propósitos. No estamos obligados por ley a conceder este tipo de solicitud. Sólo estamos obligados por una solicitud de información adicional si por escrito estamos de acuerdo. Por favor, póngase en contacto con nuestro Oficial de Información Pública y privacidad si desea más información o para revocar este consentimiento.

Al firmar este documento usted acepta que podemos utilizar su información para fines de proporcionar tratamiento, arreglar el pago y operaciones de atención médica.

NOMBRE DEL PACIENTE: (LETRA DE MOLDE) FECHA

PACIENTE FIRMA AUTORIZADA LEGALMENTE INDIVIDUAL FECHA

NOMBRE IMPRESO SI FIRMA EN NOMBRE DEL PACIENTE RELACIÓN