



FORMA DE COMUNICACION PARA EL PACIENTE

A. Familia y Amigos. Es la póliza de Richens Eye Center de no divulgar información confidencial medica acerca de su tratamiento a miembros de su familia o amistades, excepto a un (1)Padre(s)/or guardián legal, (2) o otras personas autorizadas por el paciente, (3) bajo ciertas circunstancias como podemos inferir razonablemente(por ejemplo, si usted trae a un miembro de familia o amigo dentro del cuarto de examen, asumiremos, a no ser que usted se oponga, que la persona esta intitulado para recibir información acerca de su tratamiento),(4)en situaciones de emergencia, o (5) o cuando es permitido por La Ley de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad del 1996 (HIPAA).

Si usted anticipa que va necesitar o quiere su información medica para proveer a un miembro de familia, amistades, cuidadores o niñeras, por favor indique abajo, para poder darle el mejor servicio. Si no quiere su información medica entregada a un miembro de familia, por favor marque la línea junto a la respuesta "no". Con firmar abajo, usted autoriza que la personas anotadas pueden recibir información acerca de su cuidado y tratamiento. (Si usted gusta puede agregar nombres después, por favor confirme esto por escrito o llame a nuestro personal.)

Esposo/a: _____	_____ Si	_____ No
Padre/Madre: _____	_____ Si	_____ No
Otro/a: _____	_____ Si	_____ No
_____	_____ Si	_____ No
_____	_____ Si	_____ No
_____	_____ Si	_____ No

B. Comunicaciones Alternativas. Usted también esta intitulado a un alternativo especifico, comunicaciones razonables, si usted no desea ser contactados por nosotros en cierta forma.

Yo solicito ser contactado solamente por: _____

Nombre(Molde): _____

Firma de Paciente/Padre/Madre/Guardián: _____

Fecha: _____

.....
FOR OFFICE USE ONLY

Changes to above were authorized by patient over phone:

Change:	Date:	Staff Initials
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____