

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

La ley requiere que **Precise Family Eyecare, P.C.** haga todo esfuerzo a informarle a Ud. de sus derechos en cuanto a su información médica personal. Al firmar abajo, yo reconozco que:

- Yo leí o se me explicó el Aviso de Prácticas de Privacidad de **Precise Family Eyecare, P.C.** y consiento a continuar mi tratamiento por **Precise Family Eyecare, P.C.** bajos los términos mencionados.
- Yo tenía la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de **Precise Family Eyecare, P.C.** y la rehusé pero quiero continuar mi tratamiento con **Precise Family Eyecare, P.C.** bajo los términos de las prácticas de privacidad de **Precise Family Eyecare, P.C.**
- Yo leí o se me explicó el Aviso de Prácticas de Privacidad de **Precise Family Eyecare, P.C.** y no quiero continuar tratamiento con **Precise Family Eyecare, P.C.** bajos los términos mencionados.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad no podía leerse por la naturaleza de mi tratamiento o por las razones siguientes:

LEÍ Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO. LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

Paciente

Fecha

Si U., está firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relación

Representante

Relación al paciente