

Jackson and Lujan Eyecare
4400 Fredericksburg Rd, Ste. 107
San Antonio, Tx 78201
210-737-1926 office/210-737-2621 fax

**AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACION PARA EL
CONSENTIMIENTO LIMITADO DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Usted puede negarse a firmar esta autorización, pero en negarse nosotros no podremos
procesar su aseguranza.

Al firmar esta forma sobre el Aviso de Las Practicas de Privacidad, usted da consentimiento a Jackson & Lujan Eyecare en llamarlo en voz alta por su primer nombre y apellido. Si usted prefiere que lo llamemos por otro nombre, favor de informárselo a uno de los asistentes para que lo anoten en su archivo.

Doy permiso a Jackson & Lujan Eyecare para que comparta mi información Medica con las siguientes personas: (favor de incluir padrastros, abuelos y cualquier otra persona con quien usted quiera compartir su información Medica).

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Al haber compartido los números de mi teléfono Celular, números de mi casa, trabajo y mi email, doy permiso a Jackson and Lujan Eyecare de comunicarse conmigo para lo siguiente: información Medica, asuntos financieros, información sobre mi pedido de anteojos o lentes de contacto, eventos o servicios especiales, recordatorios para citas, exámenes anuales e información nueva sobre la salud. Si no quiero ser contactado por medio de mis números telefónicos o email, no compartiré esa información con Jackson and Lujan Eyecare.

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Practicas de Privacidad de Jackson & Lujan Eyecare. Una copia de este documento firmado y fechado será igual de efectivo que el original. **Mi firma en este documento también servirá para divulgar mi información Médica a otros doctores en el futuro si deseo.**

Nombre del paciente (en letras de imprenta)

Firma del paciente

Nombre de Representante Legal (en letras de imprenta y firma)

Parentesco

Fecha: _____

Sus comentarios sobre estos consentimientos: _____

En firma esta forma del Aviso de Las Practicas de Privacidad, usted reconoce y autoriza que esta oficina pueda recomendar productos o servicios que promuevan el mejoramiento de su salud. Esta oficina puede o no recibir remuneraciones de terceros que están afiliadas con esas empresas. Si Jackson & Lujan Eyecare recibe alguna remuneración, nosotros, bajo las leyes de "HIPAA Omnibus Rule" le proporcionaremos esta información.

PARA USO DE JACKSON & LUJAN

Como Oficial de Privacidad, Trate de obtener la firma del paciente(o representantes) en este recibo pero no la obtuve :

- Revisión de emergencia
- No era posible comunicarme con el paciente
- El paciente se negó a firmar
- El paciente no firmo porque _____

Firma del Oficial de Privacidad: _____