



Reconocimiento de Aviso de Practicas de privacidad

La ley exige que Blue River Vision, PLLC haga todo lo posible para informarle sobre sus derechos relacionados con su información de salud personal. Al firmar a continuación, reconozco que:

- He leído o me lo han explicado antes de cualquier servicio ofrecido por Blue River Vision, Aviso de Práctica de Privacidad y acepto continuar con mi cuidado con Blue River Vision bajo dichos términos.
- Si no estoy de acuerdo con las prácticas de privacidad de Blue River Vision, entiendo que no debo continuar con mi atención en esta oficina.

HE SIDO PROPORCIONADO UNA COPIA DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD. HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. LO ESTOY FIRMANDO DE FORMA VOLUNTARIA.

Firma

Fecha

Nombre impreso