

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN DE SALUD / revelar protegida

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ EMail \_\_\_\_\_

Autorizo Valley Eye Associates / Park Place óptico para comunicarse con, y la liberación de mi información de salud protegida a las siguientes personas. Esto incluye información acerca de mi nombramiento, plan de atención y facturación. Entiendo que esta autorización se mantendrá en efecto hasta que yo decida revocarla.

Nombre de la persona	Relación con el paciente
Nombre de la persona	Relación con el paciente
Nombre de la persona	Relación con el paciente
Nombre de la persona	Relación con el paciente

\_\_\_ Estoy optando por salir de los asociados de la visión del valle de la comunicación con otras personas

Firma individual

Fecha

(Si es firmado por alguien que no sea individual, el estado con relación y firma autorizada para hacerlo).  
POR FAVOR vea el otro lado

Propósito: Associates Valle de los ojos Puede ponerse en contacto con usted para las comunicaciones de marketing que le pueda beneficiar y mejorar su calidad de vida.

Por la presente autorizo a Valley Eye Associates / Park Place ópticos para realizar las siguientes comunicaciones:

Deja un mensaje para mí en el contestador automático o un teléfono celular .....

Si  No

Me gustaría recibir información por correo, incluyendo boletines de noticias y eventos especiales anuncios sobre productos y servicios de Valle de Ojo.....  Si  No

Me gustaría recibir información por correo, incluyendo boletines de noticias y eventos especiales anuncios sobre productos y servicios de Valle de Ojos .....  Si  No

e-mails informativos .....  Si  No

Sus derechos con respecto a esta autorización: Entiendo que si firmo esta forma puedo recibir una copia del mismo. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, y que Eye Associates Valley / Park Place óptico no puede condicionar el tratamiento o el pago en mi decisión de firmar esta autorización, excepto en cuanto al tratamiento relacionado con la investigación. Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento mediante una declaración escrita de la denuncia Valley Eye Associates Oficial de Privacidad. Entiendo que mi retiro no será efectiva hasta que sea recibido por el funcionario de privacidad y no será eficaz en relación con los usos y / o divulgaciones de mi información de salud que Valley Eye Associates ha hecho antes de la recepción de mi declaración de retirada. Entiendo que si Valley Eye Associates utiliza esta autorización para las actividades de comercialización, se me informará si reciben ninguna remuneración directa o indirecta en relación con el uso o divulgación de mi información. Yo entiendo que tengo derecho a una copia de la información de salud que he autorizado a revelar por un precio razonable. Puedo hacer arreglos para recibir una copia de mi información de salud en contacto con el Eye Associates Departamento de Registros Médicos del Valle.

Yo entiendo que la información usada o divulgada en base a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad.

---

Firma individual

Fecha

(Si es firmado por alguien que no sea individual, el estado con relación y firma autorizada para hacerlo).