

Dr. Thomas Suzuki
53 Aspen Way, Watsonville, CA 95076
831-724-1097

**RECIBO DE LA NOTIFICACION DE LAS POLITICAS DE PRIVACIDAD Y
CONSENTIMIENTO**

Nombre del Paciente: _____

Domicilio del Paciente: _____

Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Numero de Trabajo: _____

En el curso de proveer servicio a usted, creamos, recibimos y almacenamos la informacion de salud que le identifica. A menudo es necesario usar y revelar esta informacion a fin de tratarle, para obtener el pago por nuestros servicios y conducir la operacion de la asistencia medica que implica nuestra oficina.

El **Aviso de Practica de Privacidad** que se le ha dado describe los usos y revelaciones detalladamente. Usted es libre de hacer referencia a este aviso en cualquier momento antes de firmar este formulario. Tal como se describe en nuestro **Aviso de Practica de Privacidad**, el uso y revelacion de su informacion de salud con objetivos de tratamiento no solo incluye el cuidado y servicio proveido aqui, si no tambien revela informacion de salud que sean necesarias o apropiadas para recibir atencion de seguimiento de otro profesional de salud. Asimismo, se incluye el uso y divulgacion de su informacion medica para fines de pago incluye (1) nuestra presentacion de su informacion medica a un agente de facturacion o proveedor para procesar reclamaciones o para obtener pago; (2) nuestra presentacion de reclamaciones de terceros pagadores o para una revision de reclamaciones y determinacion de beneficios y pago; (3) otros aspectos de pago descritos en nuestro **Aviso de Practica de Privacidad**. Si el **Aviso de Practica de Privacidad** cambia. Usted puede conseguir una copia actualizada aqui en nuestra oficina.

Al firmar este documento de consentimiento, usted indica que usted acepta que podemos y vamos a divulgar su informacion medica para tratarle, para obtener pago por nuestros servicios y realizar operaciones de atencion medica. Tambien significa que ha recibido una copia de nuestro **Aviso de Practica de Privacidad**.

Usted tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos los usos o divulgaciones hechas para tratamiento, pago o operaciones de atencion medica, pero como se describe en nuestro **Aviso de Practica de Privacidad** no estamos obligados a aceptar los limites sugeridos, Si estamos de acuerdo, sin embargo, las restricciones son vinculantes para nosotros. Nuestro aviso de practicas de privacidad describe como pedir una restriccion.

He leido este documento y lo entiendo. doy mi consentimiento para el uso y la divulgacion de mi informacion de salud para los propositos de tratamiento, pago y operaciones de atencion medicos. Reconozco que he recibido el aviso de practicas de privacidad de: La Oficina de Thomas Suzuki O.D.

- **Marque si una COPIA de política de privacidad a sido negada.**

Firma

Date

Si firma como representante personal del paciente describe la relacion y la fuente de autoridad para firmar este formulario.

Relacion con el Paciente

Firma