

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y CONSENTIMIENTO PARA USAR Y
DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Lee antes de firmar el Reconocimiento y Consentimiento

Este reconocimineto de aviso y consentimiento autoriza Oxford Family Eyecare a usar y divulgar información de salud para tratamiento, pago y _propósitos de las operaciones del cuidado medico.

Aviso de las Prácticas de la Aislamiento. Asociados en Oxford Family Eyecare tienen Aviso de las prácticas de la aislamiento, que describe como podemos usar y divulgar tu información protegida de salud y como tu puedes tener acceso a tu información protegida de salud y ejercite otros derechos que se tratan de tu información protegida de salud. Tu puedes revisar nustro aviso actual antes de firmar este reconocimiento y consentimiento.

Enmiendas. Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestro Aviso de las Practicas de la Aislamineto y hacer los términos de cualquier cambio eficaz para toda la información protegida de salud que nosotros mantenemos, incluyendo información creada o obtenida antes de la fecha actual del cambio. Tu puedes obtener un aviso revisado si sometes una petición a nuestro Oficial Privado.

Como contactar a nuestro Oficial Privado.

Correo:

**Oxford Family Eyecare
49 South Second Street
Oxford, Pa. 19363**

Telephone: 610-932-9356 Facsímile: 610-932-3097

Reconosimiento y Consentimiento

Yo he recibido el aviso de las Practicas de la Aislamineto para Oxford Family Eyecare. Oxford Family Eyecare esta autorisado a usar y divulgar información de salud para _____ (nombre del paciente) para tratamiento, pago y proposito de las operaciones del cuidado medico constante con su Aviso de las Practicas de la Aislamiento.

Fecha _____

Firma del Paciente

O el representante personal del paciente