



OPTOMETRIST: Dr. Jesse V. Dominguez

725 E. Main St. Suite 1C
Somerton, Arizona. 85350
PH: (928) 627-4525
Fax: (928) 627-4524

INFORMACIÓN DEL PACIENTE eff. 3/8/2022

FECHA: \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Seguro Social \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ P.O. Box \_\_\_\_\_
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal (Zip) \_\_\_\_\_
Teléfono:(casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

HISTORIA OCULAR

Fecha de ultimo examen \_\_\_\_\_ Nombre de doctor \_\_\_\_\_
Usas lentes? ( ) Si ( ) No / ( ) todo el tiempo ( ) ocasional ( ) lectura ( ) para manejar
Usas contactos? ( ) Si ( ) No / ( ) Suave ( ) Duro, Marca: \_\_\_\_\_
A quien le podemos agradecer por referirte a esta oficina \_\_\_\_\_
Enumerar por favor cualquier medicamento que estés tomando \_\_\_\_\_
Enumerar por favor cualquier gota del ojo que estés usando \_\_\_\_\_
Enumerar por favor cualquier medicamento que eres alérgico a \_\_\_\_\_
Está embarazada o en lactancia? ( ) Si ( ) No
Fuma? ( ) Si ( ) No Toma alcohol? ( ) Si ( ) No
Comentarios adicionales: ¿Hay algo más que debemos saber? \_\_\_\_\_

Has tenido o tienes uno de los siguientes situaciones durante el ultimo ano?

- Lesión del ojo D/ I Doble visión Glaucoma
Cirugía del ojo D/ I Ojos lagrimosos D/ I Diabetes
Infección del ojo D/ I Ojos rojos D/ I Cataratas D/ I
Descarga pegajosa D/ I Dolor en el ojo D/ I Puntos o lineas flotando en el
Comezón en los ojos D/ I Dolor de cabeza ojo D/ I
Ardor en los ojos D/ I Visión Borrosa D/ I Alta presión

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA: (MIEMBRO)

Aseguranza primaria:

Nombre de la persona asegurado/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
Seguro Social del asegurado/a \_\_\_\_\_ Numero de ID \_\_\_\_\_
Nombre de compania \_\_\_\_\_ Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_

Aseguranza secundaria/ suplementario:

Nombre de la persona asegurado/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
Seguro Social del asegurado/a \_\_\_\_\_ Numero de ID \_\_\_\_\_
Nombre de compania \_\_\_\_\_ Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_

**Póliza de Cancelación:** Se requiere aviso previo de 24 horas de cancelación. Si no puede hacer su cita, por favor llame a la oficina para que otros pacientes que están en necesidad de tratamiento se pueden programar en consecuencia.

**Citas Perdidas:** Los pacientes que no se presenten para su cita programada sin una notificación avanzada de 24 horas se consideraran citas perdidas/ falladas y tendrán un cargo de \$30.00. No esta cubierto por su seguro. Despues de 3 citas perdidas, puede resultar en ser despido de nuestra practica.

**Tardanzas:** Los Pacientes que tienen mas de 15 minutos de retraso para su cita de tratamiento pueden no ser vistos y pueden ser re programados, a menos que usted haya llamado a nuestra oficina y nos deo saber sobre su retraso entonces usted puede ser visto dependiendo si la oficina tiene una cita de no show.

**Citas para Tratamiento:** Por favor, tenga en cuenta que solo se permitirá a un padre/ tutor en la sala de tratamiento debido al espacio limitado. Por favor, haga arreglos para sus otros niños, ya que no se les permitirá en la sala de tratamiento a menos que estén siendo vistos.

**Citas para familia:** Solo tres (3) miembros de una familia pueden ser programados en el mismo día para el tratamiento. Pedimos disculpas por cualquier inconveniente que esto pueda causar.

**Uso del teléfono celular en la oficina y en las salas de examen / tratamiento:** Tenga en cuenta que el uso de su teléfono celular persona en las salas de examen y tratamiento esta estrictamente prohibido. También esta prohibido grabar o tomar fotografías durante la visita con cualquier tipo de dispositivo.

**Autorizacion para liberar información:**

El 14 de abril de 2003, entró en vigencia una nueva Ley Federal, HIPAA, para proteger su información de salud personal (PID) Si necesita autorizar a otra persona para que tenga acceso a sus registros en nuestra oficina, enumérelos y su relación con usted a continuación. Tenga en cuenta que, según esta nueva ley, no podemos divulgar información a un cónyuge o padre si el menor tiene 18 años o más, independientemente de quién sea responsable de los cargos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

**Asignacion de Aseguranza y Permiso**

Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura con la compania aseguradora que menciono anteriormente; doy permiso a Somerton Eyecare Center para que, en mi nombre, cobre la cantidad correspondiente por los servicios y materiales recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, ya sea que estén o no cubiertos por mi aseguranza. Por este medio autorizo a esta oficina para que proporcione toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma para todos los cobros dirigidos a la aseguranza.

Firma de persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Póliza de Aseguranza**

Los copagos del seguro y / o los montos deducibles vencen en el momento en que se prestan los servicios.

Cualquier saldo no pagado por la compañía de seguros se facturará al paciente. Se espera el pago al recibir el estado de cuenta.

Con mucho gusto le facturaremos a su seguro en su nombre, sin embargo, no podemos garantizar el pago de su reclamo. Si no podemos cobrarle a su compañía de seguros o si rechazan su cobertura, usted será responsable del saldo.

**Matrícula**

Examen completo de la vista	\$144-\$169 (\$89 cash discount)
Examen de lentes de contacto A partir de	\$129- \$ 169 (excluyendo contactos especializados)
- Visita médica al consultorio por lesiones oculares: mínimo \$ 54	promedio \$ 87
-Imágenes médicas de la retina	\$70
- OCT, Imágenes computarizadas	\$55

Por favor señale el método de pago. ( ) contado ( ) cheque o ( ) debito/credito. ( ) CareCredit

**Poliza Financiera O Responsabilidad de pagos:**

En el caso de que yo/nosotros fallemos a pagar por los servicios proveídos por esta oficina y la cuenta sea puesta en colecciones, yo/nosotros entendemos y estamos de acuerdo que una cantidad adicional igual al 40% de el balance debido al momento que la cuenta sea puesta en colecciones, sera agregada al balance debido, yo/nosotros estamos de acuerdo en pagar el balance debido, yo/nosotros estamos de acuerdo en pagar un interés anual de (10%) diez por ciento hasta que la cantidad sea pagada por completo. Yo/ nosotros también estamos de acuerdo en pagar todas las cuotas de abogados y costos de corte, necesarios para colectar este balance. Cheques sin suficiente fondos se les cobrara un cargo adicional de \$35.

*Estoy de acuerdo en pagar los honorarios de cobranza y todos los demas costos que puedan incurrir para imponer la recaudación de cualquier monto pendiente.*

*Reconozco que he leído, entendido y estoy dispuesto a cumplir con las directrices anteriores y la responsabilidad financiera.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente / responsable \_\_\_\_\_

**GRACIAS por confiar en nosotros Somerton Eyecare Center, Inc. con sus necesidades.**

**Somerton Eyecare Center**  
Dr. Jesse V. Dominguez O.D.  
725 E. Main St. Suite 1C  
Somerton, Az. 85350  
928-627-4525

FECHA DE VIGENCIA : 04/08/2019

**Garantía de Armazon y Lente**

Le garantizamos el 100% de precisión en todas las recetas o serán rehechos sin cargo.  
Reparaciones de montaje y de ajuste que no requieren partes para comprar se hará de forma gratuita.

**Sus nuevos lentes están garantizados de estar libres de defectos de fabricación , que incluye material y mano de obra , por un año desde la fecha de compra - de - .**

**LENTE:** En condiciones de uso normal si se rayan las lentes, que pueden ser sustituidos una vez por año.

Esto no se refiere a lentes dañadas fuera del uso normal, es decir, el perro los masticaba, se rasparon de ser pisado, uso de pegamento, etc. Es la sola discreción de Somerton Eyecare Center para determinar si se aplica la garantía del objetivo.

☑ **Recubrimiento anti reflectante** califican por reemplazo por una vez en los 12 meses desde el punto de compra.

☑ **Si no se adaptan a Progresivo:** En el caso de que usted es incapaz de adaptarse a los lentes progresivos, se le permitirá cambiar a un bifocales con línea o lentes de un solo vision, sin cargo adicional dentro de los 90 días de su fecha de compra. No hay fondos serán reembolsados o devueltos. Después de 90 días el paciente se cargará en su totalidad.

**PRESCRIPCIÓN O LENTE CAMBIOS:** Nosotros reemplazamos cualquier lente de prescripción debido al cambio de la prescripción sin cargo dentro de los 90 días de examen si el costo de reemplazo es igual o menor que el original. A solicitud de un producto más caro requerirá un cargo por la diferencia en el precio. Cualquier cambio después de 90 días o cualquier cambio posterior para el mismo paciente, se cargará el 100%.

**ARMAZONES :** Tienen garantía por un periodo de 1 año contra defecto del fabricante bajo uso y servicio normales y será reemplazado por una precio de \$ 25.00 para gastos de envío. **No utilice pegamento, pierde la garantía. La rotura por mal uso, abuso o pérdida no está cubierto por la garantía. Es a la entera discreción de Somerton Eyecare Center para determinar si se aplica la garantía.**

**RESTYLE ARMAZON:** Estamos contentos de rehacer sus lentes en otro marco si el elegido no funciona para usted, dentro de los 30 días de recoger. Marcos deben ser devueltos en perfectas condiciones para el crédito. Puede cambiarlo por un valor igual o menor. Puede recibir hasta un 50% de crédito si no está en perfectas condiciones. (Exclusiones pueden solicitar para Tiffanys, Dolce and Gabbanna etc.) Se le cobrará la diferencia si el nuevo marco excede el precio original. No habrá créditos para los productos de menor valor. Lentes recetados son específicas de cada individuo y no se puede volver a utilizar una vez que se convierten en otro marco. Por lo tanto, hay una precio reducida de \$ 25 para los lentes.

**ARMAZON DE PACIENTE:** Tenga en cuenta que los marcos mayores pueden perder su forma y durabilidad original, poniendo nuevas lentes de marcos mayores puede causar para las lentes para salir de los

marcos o se rompan durante el proceso. Nota: Somerton Eyecare Center no se hace responsable de los daños o roturas de trama propia del cliente, nuevo o usado, si se ordenan sólo lentes de prescripción. Debido a estas razones, preferimos no utilizar un cuadro propio de los pacientes. Podemos hacer una excepción si no hay otros medios disponibles para comprar un nuevo marco. Nos complace ofrecer un descuento en la compra de un nuevo marco para que esté en garantía.

**Cancelaciones: Lentes serán bajo pedido y por lo tanto requieren un medio por el depósito cuando usted pone su orden, y el pago completo es debido a la recolección. Pedidos cancelados están sujetos a un cargo por cancelación del 50 % y los depósitos no serán devueltos una vez que el trabajo está en proceso. Armazones de diseño no pueden ser devueltos y son compras no reembolsables.**

**Contactos:** Dentro de los 30 días de su pedido sólo frascos o cajas de lentes de contacto sin abrir y sin marcas pueden ser devueltos o intercambiados. Una tasa de reposición se aplicará a todos los viales de lentes de contacto sin abrir o cajas de regresar para el crédito. No hay créditos o intercambios están permitidos en cajas o frascos abiertos.

Tenga en cuenta: los servicios de lentes de contacto no son reembolsables. Es su exclusiva responsabilidad de programar y se muestran para sus lentes de contacto de seguimiento cita. Esto asegurará prescripción adecuada y el ajuste de sus lentes de contacto.

**\* Si necesita un marco y / o reemplazo de el lente que no está cubierto por la garantía del fabricante, tal como se especifica anteriormente , Somerton Eyecare Center se extenderá un descuento del 50% sobre el precio de venta al público para reemplazar un armazon, y el 20% de descuento sobre el precio de venta al sustituir los lentes .**

Firma del Paciente / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escriba el nombre: \_\_\_\_\_

Si menor, la relación con el paciente: \_\_\_\_\_



OPTOMETRIST: Dr. Jesse V. Dominguez

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad ("anuncio") describe la forma en que podemos usar o divulgar su información médica, y cómo puede usted tener acceso a dicha información. Le rogamos que lo lea atentamente.** Su "información de salud", a los efectos de la presente convocatoria, por lo general es toda la información que le identifica y es creado, recibido, mantenidos o transmitidos por nosotros en el curso de la prestación de asistencia sanitaria a los artículos o los servicios que usted (lo que se conoce como "información de salud" en esta nota).

Estamos obligados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") y otras leyes aplicables para mantener la privacidad de su información de salud, para proporcionar a las personas con este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a este tipo de información, y que cumplan con los términos de este Aviso. También estamos obligados por ley a notificar a las personas afectadas después de una violación de su información de salud no garantizados.

### USOS Y divulgaciones DE INFORMACIÓN SIN SU AUTORIZACIÓN

Las razones más comunes por las cuales utilizar o divulgar su información médica para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información de salud para fines de tratamiento son: establecer una cita para usted, prueba o examen de los ojos; prescripción de anteojos, lentes de contacto, o medicamentos para los ojos y fax que se llena; que le ayuda a la baja visión; refiriéndose a otro médico o a la clínica para atención oftalmológica o ayuda a la baja visión o servicios; obtener copias de su información de salud a partir de otro profesional que puede que haya visto antes. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información médica para propósitos de pago son: haciendo preguntas acerca de la salud o cuidado de la visión, o de otras fuentes de pago; preparar y enviar las facturas o reclamaciones; y recoger las sumas (nosotros mismos o a través de un abogado o agencia de cobro). "Las operaciones de atención de la Salud" significa las funciones administrativas y de gestión que debemos llevar a cabo con el fin de ejecutar nuestra oficina. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información médica para operaciones de cuidado de la salud son: auditorías financieras o de facturación; aseguramiento de la calidad interna; las decisiones relacionadas con el personal; la participación en planes de atención médica administrada; defensa de asuntos jurídicos; planes de negocios; y almacenamiento exterior de nuestros registros.

### Otros usos y revelaciones que podemos hacer sin su autorización o consentimiento

En algunas situaciones limitadas, la ley permite o exige de nosotros para usar o divulgar su información médica sin su consentimiento o autorización. No todas estas situaciones se aplican a nosotros; algunos pueden no llegar nunca a nuestra oficina. Tales usos y divulgaciones son

- Cuando un estado o ley federal exige que cierta información en salud se informó con un propósito específico;
- para los propósitos de la salud pública, tales como enfermedad contagiosa denuncia, investigación o la vigilancia; y avisos de la Administración de Alimentos y Fármacos de medicamentos o dispositivos médicos;
- las revelaciones a las autoridades gubernamentales acerca de las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Usos y divulgaciones para las actividades de vigilancia de la salud, como de la concesión de licencias de los médicos; para las auditorías de Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de leyes salud;
- divulgación de información para procedimientos judiciales y administrativos, como por ejemplo, en respuesta a citaciones u órdenes de los tribunales u órganos administrativos.
- Divulgación de información para efectos de la aplicación de la ley, como la de proporcionar información sobre una persona que es o se sospecha que ha sido víctima de un delito; para proporcionar información acerca de un crimen en nuestra oficina, o para reportar un crimen que ocurrió en otro lugar; la divulgación
- a un médico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte; o a directores de funerarias para ayuda en la sepultura; o a las organizaciones que manejan las donaciones órgano o tejido.
- Usos y divulgaciones para investigaciones relacionadas con la salud;
- usos y divulgaciones para prevenir una amenaza seria a la salud o a la seguridad;
- usos y divulgaciones para las funciones especializadas de gobierno, como de la protección del presidente o funcionarios de gobierno de alto rango legal; para las actividades de los servicios de inteligencia nacionales; con fines militares; o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio exterior;
- divulgación de información identificados;
- las revelaciones relativas a programas de compensación de

- trabajadores;
- las revelaciones de un "conjunto de datos limitado" para la investigación, salud pública u operaciones de cuidados de la salud.
- Revelaciones casuales que son el resultado inevitable de los usos permitidos o revelaciones;
- las revelaciones de "socios de negocios" y sus subcontratistas que realizan operaciones de cuidado de la salud de ee.uu. y que se comprometan a respetar la privacidad de su información de salud de conformidad con HIPAA; [ especificar otros usos y divulgaciones afectados por la ley del estado].

A menos que usted se oponga, también vamos a compartir información relevante acerca de su cuidado con cualquiera de sus representantes personales que le están ayudando con su cuidado de los ojos. A su muerte, podemos revelar a los miembros de su familia oa otras personas que estuvieron involucrados en su cuidado o el pago de atención de salud antes de su muerte (como su representante personal) información de salud relevante para su participación en su cuidado a menos que hacerlo es incompatibles con las preferencias expresadas a nosotros antes de su muerte.

### USOS ESPECÍFICOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Los siguientes son algunos de los usos y revelaciones específicas podemos no hacer de su información de salud sin su autorización: Actividades de marketing. Debemos obtener su autorización antes de utilizar o divulgar su información de salud para fines de marketing a menos que tales comunicaciones de marketing toman la forma de las comunicaciones cara a cara podemos hacer con los individuos o regalos promocionales de valor nominal que podamos proporcionar. Si dicha comercialización implica el pago financiero a nosotros de un tercero su autorización debe incluir también su consentimiento a dicho

**Venta de información de salud.** Actualmente, no vendemos ni la intención de vender su información de salud y debemos buscar su autorización antes de hacerlo

**Las notas de psicoterapia.** Aunque no creamos o mantenemos las notas de psicoterapia en nuestros pacientes, estamos obligados a notificarle que por lo general, debemos obtener su autorización antes de utilizar o divulgar cualquier tipo de notas.

### SUS DERECHOS EN LA PROVISIÓN DE UNA AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y REVELACIONES

- Otros usos y divulgaciones de su información de salud que no se describen en esta Notificación se harán sólo con su autorización por escrito.

- Usted puede darnos la autorización escrita que nos permite usar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito.
- Obtendremos su autorización escrita para usos y divulgaciones de su información de salud que no están identificadas en este aviso o que no se lo permita la ley aplicable.
- Debemos estar de acuerdo a su solicitud de restringir la divulgación de su información de salud a un plan de salud si la divulgación es con el propósito de llevar a cabo las operaciones de pago o atención médica y no se requiere por la ley y tal información se refiere únicamente a un elemento de cuidado de la salud o servicio para el que usted ha pagado en su totalidad (o para los que otra persona que no sea el plan de salud ha pagado en su totalidad en su nombre).

Cualquier autorización que usted nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su información médica puede ser revocada por usted por escrito en cualquier momento. Después de revocar su autorización, ya no podremos usar o divulgar su información de salud por las razones descritas en la autorización. Sin embargo, somos generalmente incapaces de retraer ninguna revelación que podamos ya haber hecho con su autorización. También podemos estar obligados a divulgar información de salud cuando sea necesario para fines de pago de los servicios recibidos por usted antes de la fecha en que revocada su autorización

## SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene muchos derechos con respecto a la confidencialidad de su información de salud. Usted tiene derecho a:

- **Para solicitar restricciones en la información médica que podemos usar y divulgar para el tratamiento, pago y atención médica.** No estamos obligados a aceptar estas solicitudes. Para solicitar restricciones, por favor envíe una solicitud por escrito para nosotros en la siguiente dirección.
- **Para recibir comunicaciones confidenciales de información sobre su salud en cualquier forma que no se describe en nuestro formulario de solicitud de autorización.** Usted debe hacer tales peticiones por escrito a la siguiente dirección. Sin embargo, nos reservamos el derecho de determinar si seremos capaces de continuar su tratamiento en tales autorizaciones restrictivas.
- **Para inspeccionar o copiar su información médica.** Usted debe hacer tales peticiones por escrito a la dirección a continuación. Si usted solicita una copia de su información de salud que le podemos cobrar una cuota por el costo de copiado, envío u otros suministros. En ciertas circunstancias, podemos denegar su

solicitud de inspeccionar o copiar su información de salud, con sujeción a la legislación aplicable

- Para modificar la información de salud. Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corriamos. Para solicitar una enmienda, debe escribirnos a la siguiente dirección. También debe darnos una razón que apoye su petición. Podemos negar su petición de enmendar su información de salud si no está por escrito o no proporciona una razón para apoyar su solicitud. También podemos rechazar su solicitud si la información de salud:
  - no fue creada por nosotros, a menos que la persona que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda,
  - no es parte de la información médica mantenida por o para nosotros,
  - no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar o es exacta y completa.
- **Para recibir una contabilidad de divulgaciones de su información de salud.** Usted debe hacer tales peticiones por escrito a la siguiente dirección. No toda la información de salud está sujeta a esta petición. Su solicitud debe indicar un período de tiempo para que la información que desea recibir, no más de 6 años antes de la fecha de su solicitud y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar cómo le gustaría recibir la informe (papel, electrónicamente).
- **Para designar a otra persona a recibir información sobre su salud.** Si su solicitud de acceso a la información de salud nos dirige a transmitir una copia de la información de salud directamente a otra persona la solicitud debe ser hecha por usted por escrito a la dirección de abajo y debe identificar claramente el destinatario y designado a dónde enviar la copia del la información de salud.

### Persona de contacto:

Nuestra persona de contacto para todas las preguntas, solicitudes o para obtener más información relacionada con la privacidad de su información de salud es:

Somerton Eyecare Center  
Nancy De La Vara  
725 E. Main Street Suite 1C  
PO Box 634  
Somerton, Az. 85350  
928-627-4525  
nancy@somertoneyecare.com

## Quejas:

Si usted piensa que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, usted es libre de presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentar una queja ante nosotros, envíe una queja por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se muestra arriba. Si lo prefere, puede tratar este reclamo en persona o por teléfono.

### Modificaciones a este aviso:

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y aplicar las prácticas revisadas a la información sobre su salud que ya tenemos. Toda revisión de nuestras prácticas de privacidad se describe en un aviso revisado que será un lugar prominente en nuestras instalaciones. Copias de esta Notificación están disponibles bajo petición en nuestra área de recepción.

Aviso Revisado y vigencia: 01 de septiembre 2013

### ACUSE DE RECIBO

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Somerton Eyecare Center.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente si menor: \_\_\_\_\_