

Aviso de Prácticas de Privacidad

Con mi firma, yo reconozco que he recibido **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Retinal Vitreal Consultants, Ltd.

Escriba el nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Yo autorizo Retinal Vitreal Consultants llamar por teléfono a mi casa on recordatorios de citas y compartir información de la salud con:

(Por favor proporcione los nombres y apellidos)

__ Esposa _____ __ hijos/as _____

__ Esposo _____ _____

__ Otro _____ _____

__ Mi información médica no debe ser compartida con **nadie**.

Derivación/Autorización de Atención Administrada

Plan: _____

ID #: _____

Entiendo que debo obtener la autorización de mi PCP (Médico de Atención Primaria) para cada visita al Dr. Ittiara y/o al Dr. Raiji.

También entiendo que seré responsable del pago de los servicios prestados sin autorización previa.

Escriba el nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

___ Paciente Recibió copia