

KINGS EYE CENTER CONSENT AGREEMENT

CONSENT TO THE USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION FOR TREATMENT, PAYMENT, AND /OR HEALTHCARE OPERATIONS

I understand that as part of my healthcare, Kings Eye Center originates and maintains records describing my health history, symptoms, examinations, test results, diagnoses, slides, photos, treatment, personal data and any plans for future care or treatment. I understand that this information serves as:

- a basis for planning my care and treatment
- a means of communication among the many health professionals who contribute to my care
- a source of information for applying my diagnosis and surgical information for billing purposes
- a means by which a third-party payer can verify that services billed were actually provided
- and a tool for routine healthcare operations such as assessing quality patient care and management by healthcare professionals

I understand and have been offered and/or provided with a Notice of Privacy Practices that provides a more complete description of information uses and disclosures. I understand that I have the right to review the notice prior to signing this consent. I understand that Kings Eye Center reserves the right to change the notice and practices and will notify me of any revised notice. I understand that I have the right to the use of my health information. I also understand that I have the right to request restrictions as to how my health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or healthcare operations and that the organization is not required to agree to the restrictions requested. I understand that I may revoke this consent in writing, except to the extent that Kings Eye Center has already taken action in reliance thereon.

☐ I consent to information regarding my healthcare treatment and confidential medical records to be released to the following people:

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

☐ I request the following restrictions to the use or disclosure of my health information: _____

☐ I do not wish to have my information released to anyone.

Patient Name (please print) _____

Signature _____ **Date** _____

Signature of Patient or Legal Representative Witness*

(This consent valid for 6 years from date of signature)

*To be signed by all adult patients or legal representative and kept in patient chart.

01/14/2020

KINGS EYE CENTER ACUERDO DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PARA ENVIAR UNA CUENTA, Y PARA OTRAS OPERACIONES DE SALUD.

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Kings Eye Center origina y mantiene registros que describen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, diapositivas, fotos, tratamiento, datos personales y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- base para proponer mi cuidado y tratamiento
- un medio de comunicación entre otros médicos profesionales que contribuyen con mi cuidado
- fuente de información para aplicar mi diagnóstico y información de cirugía para propósito de fracturas
- para verificar que los servicios comprados actualmente fueron ofrecidos
- como instrumento para cuidado de salud rutinarias como por ejemplo para evaluar la calidad de el cuidado y manejo de parte de profesionales

Entiendo y se me ha ofrecido y / o proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Kings Eye Center se reserva el derecho de cambiar el aviso y las prácticas y me notificará de cualquier aviso revisado. Entiendo que tengo derecho al uso de mi información de salud. También entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Kings Eye Center ya haya tomado medidas al respecto.

☐ Doy mi consentimiento para que se divulgue información sobre mi tratamiento de atención médica y mis registros médicos confidenciales a las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

☐ Yo solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud: _____

☐ No quiero dar mi información a nadie.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente o Representante Legal Testigo*

(Este consentimiento es válido por 6 años a partir de la fecha de la firma)

*Ser firmado por adulto o representante legal y forma debe ser mantenida en el expediente del paciente.