



HILLSBORO
EYE CLINIC, P.C.

HillsboroEyeClinic.com | 503-640-3708

Timothy Gard, M.D.
Garrett Scott, M.D.
Bryan Lewis, O.D.

Paul Finley, M.D.
Ross Passo, M.D.
Shauntel Steele, O.D.

Chad Goins, M.D.
Shelley Jelineo, M.D.
Prajakta Ingle, O.D.

512 East Main St., Hillsboro, OR 97123

10690 NE Cornell Rd, Suite 112, Hillsboro, OR 97124

7305 SE Circuit Dr., Suite 132 Hillsboro, OR 97129

PACIENTE COMUNICACIÓN / RECONOCIMIENTO POR ESCRITO

A. Familia y Amistades. Es la política de la oficina de la Clínica Oftalmóloga de Hillsboro no divulgar la información médica confidencial sobre su tratamiento a miembros de la familia y amistades, a excepción de, (1) el padre/tutor legal, (2) la persona autorizada por el paciente, (3) ya que puede inferir razonablemente de las circunstancias (por ejemplo, si usted trae a un familiar o amistad a la sala de examen, vamos a suponer, a menos que usted se oponga, esta persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento), (4) en situaciones de emergencia, o (5) otros según lo permitido por la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPPA).

Esposo/Esposa: _____ ☐ Sí ☐ No

Padres: _____ ☐ Sí ☐ No

Otros: _____ ☐ Sí ☐ No

B. Comunicación Alternativa. También tienen derecho a especificar los medios alternativos y razonables de comunicación, si usted no desea ser contactado por nosotros de una manera determinada.

Por lo presente solicito el único medio de comunicación: _____

Por lo presente reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Clínica Oftalmóloga de Hillsboro.

Nombre [en letra de imprenta]: _____

Firma: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Yo soy el padre/tutor legal de _____ [nombre del paciente].

Por lo presente reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Clínica Oftalmóloga de Hillsboro.

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Relación: ☐ Padres ☐ Tutor Legal

Nombre [en letra de imprenta]: _____

Firma: _____

Fecha: _____