



Oficina de Swoop Eye Care

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Swoop Eye Care

817 E 66th Street
Richfield, MN 55423

T: (612) 488-1566

F: (612) 488-1564

Correo Electrónico: Info@SwoopEye.com

Este documento debe ser firmado por una persona legalmente responsable de las decisiones médicas del paciente en relación con la situación del tratamiento. Este documento también se presenta en el formulario en línea antes de recibir atención en Wallerich Eye Care y sirve como recibo de notificación (el paciente también puede solicitar una copia escrita en ese momento).

Yo, _____, por la presente reconozco que la oficina de Wallerich Eye Care, LLC me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (previa solicitud) que describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica, y cómo puedo acceder a esta información. Entiendo que si tengo preguntas o quejas, puedo comunicarme con las oficinas de: Wallerich Eye Care, LLC (se muestran las direcciones anteriores).

También entiendo que tengo derecho a recibir actualizaciones si la oficina modifica o cambia su Aviso de Prácticas de Privacidad de manera sustancial.

Nombre del Paciente (Escrito)

Fecha

Firma del Paciente/del tutor en caso que sea menor

Nombre completo del tutor/Relación (Escrito)