



**CONSENTIMIENTO PARA LOS PROPÓSITOS  
 DE TRATAMIENTO, PAGO, Y OPERACIONES DE LA SALUD**

Doy mi consentimiento para el uso o la revelación de mi información de salud protegida por Zeiter Eye Medical Group, Inc. (ZEMG), para el propósito de diagnosticar o proveer tratamiento a mí, obtener el pago para mis cuentas de atención médica, o llevar a cabo operaciones de atención médica de ZEMG. Entiendo que el diagnóstico o el tratamiento por los doctores de ZEMG puede ser condicionada por mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información protegida de salud sea utilizada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago, y/o operaciones de salud de la práctica. No es requerido que ZEMG este de acuerdo con las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si ZEMG está de acuerdo a una restricción que yo pida, la restricción está atada a ZEMG, y los doctores de ZEMG.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que ZEMG o los doctores de ZEMG han tomado acción basada en este consentimiento.

Mi "información protegida de salud" se define como: información sobre la salud, incluyendo mi información demográfica, conseguidas de mí y creada o recibida por mi doctor, otro profesional de la salud, un plan de salud, mi empleador o un centro de intercambio de información de salud. Esta información protegida de salud se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición y ya sea me identifica, o señale una razón para creer que la información pueda identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de ZEMG antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad de ZEMG ha sido proporcionado a mí. El Aviso de Prácticas Privacidad describe los tipos de usos y la revelación de mi información protegida de salud que ocurrirá en mi tratamiento, el pago de mis cuentas, o el conducir de operaciones de atención médica de ZEMG. El Aviso de Prácticas de Privacidad para ZEMG también está disponible en el escritorio donde se registro en ZEMG. Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y deberes de ZEMG con respecto a mi información de salud protegida.

Zeiter Eye Medical Group, Inc. reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo puedo obtener un aviso revisado de prácticas de privacidad llamando a la oficina y solicitar una copia se enviada por correo o pidiendo una en el momento de mi siguiente cita.

*Reconozco que he recibido una copia de Zeiter Eye Medical Group, Inc. 's Poliza de Practica de Privacidad y la entiendo.*

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgment of this Notice of Privacy Practices, but was unable to do so, as documented below:

Date	Initials	Reason
------	----------	--------