



CONSENTIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Reconozco que revisé el Aviso de prácticas de privacidad de la Clínica oftalmológica Wheaton y entiendo que puedo solicitar copias adicionales en el consultorio de la Clínica oftalmológica Wheaton donde recibiré tratamiento.

Entiendo que los médicos y proveedores de la Clínica oftalmológica Wheaton participan en el programa Epic Connect y que mi información de paciente se almacenará en un registro electrónico propiedad de Northwestern Medicine. Mi información clínica pueden estar disponibles para Northwestern Medicine, sus afiliados y otros proveedores de atención médica relacionados con mi atención.

Acepto que la Clínica oftalmológica Wheaton, o aquellos que actúan en su nombre, usen todos los números de teléfono y direcciones de correo electrónico que les proporcione con el fin de comunicarse conmigo por llamada telefónica, correo de voz, correo electrónico no cifrado, mensajes de texto no cifrados o cualquier tipo de mensaje automatizado o pregrabado. Entiendo que usuarios no autorizados podrían interceptar cualquier comunicación no cifrada y acepto el riesgo de utilizar dicho tipo de comunicaciones. Si no deseo recibir mensajes de texto, correos electrónicos, llamadas telefónicas ni mensajes de voz, entiendo que puedo enviar un correo electrónico a info@wheatoneye.com y solicitar que eliminen mis datos de esta lista.

Para garantizar el cumplimiento de las regulaciones gubernamentales, entiendo que la Clínica oftalmológica Wheaton puede usar la dirección de correo electrónico que proporcioné o la dirección de correo electrónico de mi tutor con el fin de iniciar el acceso al portal para pacientes y enviar mensajes.

Reconozco que la Clínica oftalmológica Wheaton prohíbe tomar fotografías y grabar video o audio en las instalaciones.

La Clínica oftalmológica Wheaton tiene autorización para comunicarse conmigo y dejar información sobre mi afección médica por los siguientes medios:

Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____

Dirección de correo electrónico _____

Le otorgo mi permiso a la Clínica oftalmológica Wheaton para comunicar mi información de salud a las siguientes personas:

Nombre _____ Relación con el paciente _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____ Teléfono _____

Leí, entendí y estoy de acuerdo con este Formulario de consentimiento y acuse de recibo sobre la información de salud.

Nombre del paciente en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del paciente/padre/madre/tutor/representante legal _____ Fecha _____

Nombre del padre/madre/tutor/representante legal en letra de imprenta _____