



Violeta Radenovich, MD

PATIENT REGISTRATION

(Registro paciente)

PLEASE FILL OUT COMPLETELY

(LLENE POR FAVOR COMPLETAMENTE)

Complete ON-LINE and Email, or PRINT OUT and bring the completed form to the appointment.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE INTIMIDAD

I understand that under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), I have the right to privacy regarding my protected health information. I understand that this information will be used to carry out treatment, payment and health care operations.

Entiendo que conforme al Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") tengo el derecho a la intimidad en cuanto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información será usada para realizar tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica.

IF YOU WOULD LIKE A COPY OF THE FULL PRIVACY POLICY, PLEASE ASK THE FRONT DESK

I hereby acknowledge that I have been presented/offered a copy of Children's Eye Center's Notice of Privacy Practices containing a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information and my individual rights with respect to my protected health information.

Por este medio reconozco que me han presentado una copia del Aviso del Centro de Ojo de Niños de Prácticas de Intimidad que contienen una descripción más completa del uso.

PATIENT NAME: _____
(nombre de paciente)

SIGNATURE: _____
(firma) Parent/Guardian

DATE: _____
(fecha)

OFFICE USE ONLY (USO DE OFICINA SÓLO)

I have attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement of this **Notice of Privacy Practice Acknowledgement**, but was unable to do so as documented below:

He intentado obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este Aviso del Reconocimiento de Práctica de Intimidad, pero era incapaz de hacer para documentó abajo:

Date: _____ Initials: _____ Reason: _____