

HIPAA

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

DIXON EYECARE ASSOCIATES

An Optometric Corporation

John G. Rosten, O.D.

Edward P. Andersen, O.D.

Doctor of Optometry

Doctor of Optometry

PATIENT NAME (Please Print): _____

DATE OF BIRTH: _____

***Signing this document signifies that you have
received a copy of our Notice of Privacy Practices***

In the course of providing services to you, we create, receive, and store health information that identifies you. It is often necessary to use and disclose this health information in order to treat you, to obtain payment for our services, and to conduct healthcare operations involving our office. The ***Notice of Privacy Practices*** you have been given describes these uses and disclosures in detail.

I acknowledge that I have received a copy of the *Notice of Privacy Practices* for this office.

Parent / Patient Signature

Date

If signing as a personal representative of the patient, describe the relationship to the patient and the source of authority to sign this form:

Relationship to Patient

Print Name

Source of Authority: _____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

DIXON EYECARE ASSOCIATES

Una Corporacion de Optometria

John G. Rosten, O.D. **Edward P. Andersen, O.D.**

Doctor de Optometria

Doctor de Optometria

NOMBRE DEL PACIENTE (por favor imprimir) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

La firma de este documento significa que usted ha recibido una copia de nuestro aviso de privacidad practica

En el curso de la prestacion de servicios a usted, nosotros crear, recibir, y almacenar informacion de salud que le identifica. A menudo, es necesario utilizar y revelar esta informacion sobre la salud con el fin de tratar, para obtener pago por nuestros servicios y para llevar a cabo operaciones de atencion medica con nuestra oficina. El ***Aviso de Practicas de Privacidad*** que es dado describe los usos y divulgaciones en detalle.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad para este cargo.

Si firma como representante personal del paciente, describir la relacion con el paciente y la fuente de autoridad para firmar este formulario:

Relacion con el Paciente _____
Imprima Nombre _____

Fuente de Autoridad: _____

Padre / Firma del Paciente _____
Fecha _____