



Reconocimiento de Notificacion de Recibo de las Practicas de Privacidad

**Sierra Eye Medical Group, Inc. (SEMG) &
Sierra Ambulatory Surgery Center, A Medical Corporation (SASC)
2828-2830 W. Main St., Visalia, CA 93291-4300**

Oficial de Privacidad:

Deborah Navarrete (SEMG& SASC) – Telefono (559) 636-1000, Ext. 225

Por medio del presente acuso recibo de una copia de esta Notificacion de Practicas de Privacidad de este consultorio medico.

La copia mas reciente de esta Notificacion de Practicas de Privacidad es disponible en nuestra pagina web www.sierraeye.com.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra imprenta): _____ Telefono: _____

Cuenta # _____

Indicar si no firma el paciente.

Parentesco:

- Padre o tutor legal de un paciente menor de edad
- Tutor legal o curador de un paciente incapaz
- Beneficiario o representante personal del paciente difunto

Nombre del paciente: _____

Cuenta # _____

Yo autorizo _____ (Parentesco) _____ (Fecha de

Nacimiento) _____ acceso a toda me informacion sobre la Salud del Paciente

(excluyendo): Por favor especifique _____

For Office Use Only:

Signed form received by: _____

Acknowledgement refused:

Efforts to obtain:

Reasons for refusal:
