

FLORIDA RETINA AND VITREOUS CENTER, P.A.

ROBERT J. KRAUT, M.D.

BALDWIN PARK

4624 Halder Ln.
Orlando, FL 32814-6435
Ph(407)897-7470 Fax(407)897-7473

OCOEE

1177 Blackwood Ave.
Ocoee, FL 34761-4518
Ph(407)654-8000 Fax(407)654-8002

AVISO AL PACIENTE DE PRACTICAS PRIVADAS

Este aviso resume como información médica acerca de usted pueda ser usada y revelada. El complete AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS de Florida Retina & Vitreous Center, P.A. está disponible en la sala de espera para su revision.

Florida Retina & Vitreous Center, P.A. usará información médica para lo siguiente:

1. **TRATAMIENTO:** Incluye proveer sus documentos médicos a consultorios médicos y companies de seguro.
2. **PAGO:** Nosotros someteremos reclamos necesarios a la compañía de seguro en su nombre para obtener pago. Ellos pueden pedir parte ó todos sus documentos médicos para pagar la reclamación.
3. **OPCIONES DE CUIDADO DE SALUD:** Cualquier otra persona(s) envueltas en su cuidado de salud.

Para proteger su privacidad y en conjunto con nuestra política, por favor proveenos con la siguiente información y autorizaciones:

1. Nombre de persona o personas con quienes podamos hablar en referencia a su salud (ejemplo, esposa, hijos, etc.)

_____	_____
Nombre	Teléfono
_____	_____
Nombre	Teléfono
_____	_____
Nombre	Teléfono

2. Podemos dejar un mensaje en referencia a su salud o acerca de una cita próxima en su máquina contestadora? SI _____ NO _____
3. Yo comprendo que tengo la oportunidad de revisar una copia del Aviso De Prácticas Privadas de Florida Retina & Vitreous Center, P.A. con día de efecto de 4/14/03. Esa copia siendo disponible en la sala de espera.
4. Yo autorizo la emisión de información de salud protegida a mi compañía de seguro solo hasta el punto necesario para obtener pago por servicios rendidos.

Firma: _____ Escriba nombre: _____

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Testigo: _____