**Aviso De Reconocimiento De Esta**

**Clínica**

La ley requiere que el Blink Vision Center haga todo lo posible para informarle de sus derechos relacionados con su salud. Al firmar a continuación, usted nos confirma que:

**\*\*Por favor marque sólo una casilla debajo\*\***

* Ha leído o le han explicado los términos de privacidad del Blink Vision Center y acepta continuar su cuidado con ellos bajo dichas condiciones.
* Tuvo la oportunidad de leer los términos de privacidad del Blink Vision Center y los rechaza, pero desea continuar su cuidado bajo sus términos y polízas de privacidad.
* Ha leído o le han explicado los términos de privacidad del Blink Vision Center y no desea continuar su cuidado con ellos bajo dichos términos.
* Los términos de privacidad no los pudo leer debido a la naturaleza urgente del cuidado por la siguiente razón descrita abajo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO Y ESTOY FIRMANDO VOLUNTARIAMENTE.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha

Si usted está representando al paciente, por favor indique su relación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del representante Relación con el paciente