

**Lederman and Lederman, LLP
Pediatric Ophthalmology
Strabismus**

Martin E. Lederman, M.D., F.A.C.S.
Carolyn R. Lederman, M.D.
Gennifer J. Greebel, M.D.

3020 Westchester Avenue, Suite 402
Purchase, NY 10577
Tel: 914-417-6441
Fax: 914-948-2020

Edward S. Harkness Eye Institute
New York Presbyterian Hospital
635 West 165th Street
New York, NY 10032

Tully Health Center
Stamford Hospital
32 Strawberry Hill Court, 4th Floor
Stamford, CT 06902

Website: www.ChildrensEyeMD.com
Email: www.Doctors@ChildrensEyeMD.com

CONCIENCIA DE HIPPA DEL PACIENTE

Con mi permiso, Lederman y Lederman, LLP pueden usar y divulgar información de salud protegida (PHI) de mí para llevar tratamiento a cabo, pago y operaciones (TPO). Por favor, consulte Lederman y Lederman, LLP Aviso de prácticas de privacidad para una más completa descripción de dichos usos y divulgaciones. Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Lederman y Lederman, LLP se reserva el derecho a revisar su Aviso de Prácticas en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad se puede obtener mediante el re envío una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

Con mi permiso, la oficina de Lederman y Lederman, LLP puede llamar a mi casa y otros lugares designados y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como cita recordatorios, artículos de seguros y cualquier llamada referente a mi cuidado clínico, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi permiso, la oficina de Lederman y Lederman, LLP puede enviar por correo a mi casa y otro lugar designado ningún artículo que ayudan a la práctica en la realización de nuestra TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones pacientes, siempre y cuando se marcan Personal y Confidencial.

Con mi permiso la oficina de Lederman y Lederman, LLP puede enviar un correo electrónico a mi casa y otro lugares designado artículos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de los pacientes. Tengo el derecho de pedir que Lederman y Lederman, LLP restringir cómo se usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no es obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, se ve obligada por el presente acuerdo.

Al firmar, estoy permitiendo Lederman y Lederman, LLP para usar y divulgar mi PHI para TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho revelaciones en confianza sobre mi previa petición.

Nombre del padre o tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre del paciente