



10363 Democracy Lane,
Fairfax Virginia, 22030
Eyegaze Inc. U.S.A
Phone: 703-385-8800

Autorización para la divulgación de información

Información de identificación:

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Persona de contacto: _____ Teléfono: _____

El presente documento autoriza la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar y obtener los beneficios pagaderos por un Eyegaze Edge a Eyegaze, Inc., mi empresa de seguros u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), a mi empresa de seguros o a otra entidad que lo solicite. La autorización original lo archivará la organización.

A continuación se incluye una lista de la(s) persona(s) y/u organización(es) a las que autorizo a recibir mi información médica personal relativa a la adquisición del Eyegaze Edge. Entiendo que si la (s) persona (s) y/o organización (s) enumerada a continuación no son proveedores de atención médica, un plan de salud o un centro de intercambio de atención médica, no están sujetos a las mismas reglas federales de privacidad y pueden revelar mi información de atención médica sin obtener mi permiso.

Eyegaze Inc.

Al firmar el presente documento, también reconozco haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, Derechos del Paciente y una copia de los Estándares DMEPOS de la organización. El presente reconocimiento es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) para garantizar que he sido informado de mis derechos de privacidad.

Esta autorización podrá ser revocada por escrito por la persona mencionada en cualquier momento.

Nombre impreso del padre/tutor/usuario: _____

Firma del padre/tutor/usuario: _____ Fecha: _____

Relación con el usuario del dispositivo: _____ Autoridad: _____

Por favor, firme, incluir fecha y regrese a:

Eyegaze, Inc.
10363 Democracy Lane
Fairfax, VA 22030
Atn. Funding Department

Si tiene preguntas sobre este o cualquiera de los formularios o si tiene preguntas generales sobre la financiación de un Eyegaze Edge, llámenos al 703-385-8800.

