
ARAN EYE ASSOCIATES

Privacy Notice Agreement
(Noticia de Protección de Privacidad)

Date: _____
(Fecha)

I acknowledge that I received a copy or have read and understood the Notice of Privacy of Aran Eye Associates. **Note: If you would like a copy of our Notice of Privacy, please request a copy upon arrival to your appointment.**

(Como paciente de Aran Eye Associates, he obtenido una copia y/o he leído y entendido el Aviso Sobre la Protección de mi Privacidad) Nota: Si usted desea una copia del Aviso Sobre la Protección de Privacidad, por favor pida una copia al personal en nuestra oficina.

Patient Name: _____
(Nombre del Paciente)

Patient Signature: _____
(Firma del Paciente)

DOCTOR IN TRAINING

Doctores en Entrenamiento

Aran Eye Associates has Doctors in training that may be present, partake during your examination, and observe procedures at Aran Eye Associates. Please acknowledge below as to your acceptance of their participation during your visit.

(Aran Eye Associates tiene doctores en entrenamiento quienes pueden estar presentes, participar durante la examinación y observar procedimientos durante su visita. Por favor indique si usted acepta esta participación).

I ACCEPT (Acepto)

I DECLINE (Declino)

Patient Name
(Nombre del Paciente)

Patient Signature
(Firma del Paciente)

1097 S. Le Jeune Road, Coral Gables, FL. 33134
290 N.W. 165th Street, PH 2, North Miami, FL. 33169
2140 West 68th Street, Suite 405, Hialeah, FL. 33014
14201 W. Sunrise Blvd, Sunrise, FL. 33323
8000 S.W. 117th Avenue, Suite 203, Kendall, FL. 33175
2540 N.E. 9th Street, Ft. Lauderdale, FL. 33304