

# Aviso de Conocimiento sobre la Salud y Bienestar del Paciente



Walmart proporciona a los pacientes avisos de salud y bienestar del paciente (“*H & W Notices*”), incluyendo **Avisos de Prácticas de Privacidad, Accesibilidad y No Discriminación**. Mientras que los avisos de salud y bienestar del paciente pueden cambiar, los avisos de salud y bienestar del paciente vigentes siempre se pueden obtener:

1. En cualquier farmacia de Walmart o Sam's Club, o centro de visión/óptica.
2. En <http://corporate.walmart.com/privacy-security/notices/>; o
3. Usando el código QR a la derecha.



## Sección 1: Información del Paciente

Nombre del Paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:

## Sección 2: Reconocimiento

Por favor escriba sus iniciales en una de las siguientes opciones:

(a) \_\_\_\_\_ Yo reconozco haber recibido los Avisos de Walmart sobre la Salud y Bienestar del Paciente (*H & W Notices*).

(b) \_\_\_\_\_ Me niego a reconocer el haber recibido los Avisos de Walmart sobre la Salud y Bienestar del Paciente (*H & W Notices*). (Nota: La decisión de rechazar no tendrá ningún impacto en su tratamiento.)

## Sección 3: Firma y Fecha

_____	_____
Firma del Paciente o Representante Personal	Fecha
Si usted ha firmado este formulario como un representante legalmente autorizado del Paciente, escriba su nombre y relación con el Paciente a continuación.	
_____	_____
Nombre del Representante Personal (en letra de imprenta)	Relación con el Paciente (Padre, Guardián/Tutor, etc.)

## Sólo para Uso de Tienda/Club

### Reconocimiento por Escrito No Obtenido

- Avisos de *H & W Notices* Entregado – Paciente Incapaz de Firmar
- Avisos de *H & W Notices* Entregado – Paciente Rechazó Firmar
- Avisos de *H & W Notices* Entregado y Reconocimiento Enviado por Correo al Paciente
- Otra Razón(es) El Paciente No Firmó: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Firma del RPh / RDO / Oftalmólogo	La Fecha de Hoy	Numero de Tienda/Club