

# CENTER FOR ADVANCED EYE CARE

## FORMULARIO DE HISTORIA DE PACIENTE NUEVO

|                    |                  |                     |                  |
|--------------------|------------------|---------------------|------------------|
| Fecha              | Número de cuenta |                     |                  |
| Nombre             | Apellido         | Fecha de nacimiento |                  |
| Dirección          | Ciudad           | Estado              | CÓDIGO POSTAL    |
| Sexo               | Estado civil     | Raza                | Grupo étnico     |
| Dirección de email |                  | Teléfono de casa    | Teléfono celular |

## CONTACTO DE EMERGENCIA

|        |          |          |
|--------|----------|----------|
| Nombre | Teléfono | Relación |
|--------|----------|----------|

## MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

|        |          |
|--------|----------|
| Nombre | Teléfono |
|--------|----------|

## REMITIDO POR

|        |          |
|--------|----------|
| Nombre | Teléfono |
|--------|----------|

## FARMACIA

|           |          |        |               |
|-----------|----------|--------|---------------|
| Nombre    | Teléfono |        |               |
| Dirección | Ciudad   | Estado | CÓDIGO POSTAL |

|                                     |                                                                             |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Fecha del último examen de la vista | Usa <input type="radio"/> Anteojos <input type="radio"/> Lentes de contacto |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

Razón de la visita de hoy (síntomas)

**Indique con fechas las condiciones de los ojos y operaciones importantes**

(cataratas, degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, lesiones en los ojos, láser, inyecciones, ojo perezoso, ojos cruzados (estrabismo), etc.)

## HISTORIA MÉDICA - ¿Tuvo alguna vez problemas en las siguientes áreas?

|                                                                              |                                                                                     |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Diabetes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                   | Hepatitis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                         | Anemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                   |
| Artritis degenerativa <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No      | Hernia hiatal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                     | Leucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                 |
| Artritis reumatoide <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No        | Úlceras <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                           | Anemia falciforme <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No        |
| Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No    | Enfermedades de la piel <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No           | Problemas de la tiroides <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Migrañas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                   | Enfermedad de los riñones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No         | Enfisema <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                 |
| Convulsiones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No               | Embarazo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                          | Tuberculosis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No             |
| Derrame cerebral/parálisis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sarcoidosis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No              |
| Enfermedad de Parkinson <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No    | Soplo cardíaco <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                    | Problemas inmunológicos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  |
| Esclerosis múltiple <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No        | Ataque al corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                 | Colesterol alto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No          |
| Esquizofrenia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No              | Latidos irregulares/rápidos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No       | Cáncer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                   |
| Lupus <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                      | Presión alta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                      | Especifique: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No             |

Haga una lista de operaciones con fechas

| Nombre del paciente                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   | Fecha de nacimiento                                                                       |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Fuma o consume tabaco?                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Nunca fumó/consumió tabaco<br><input type="checkbox"/> En la actualidad fuma diariamente | <input type="checkbox"/> Exfumador<br><input type="checkbox"/> Fumador empedernido actual | <input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Fumador ocasional actual |
| ¿Se cayó el año pasado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No<br>Si la respuesta es sí, ¿cuántas caídas tuvo el año pasado? _____ ¿Le causó lesiones la caída? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |                                                                                                                   |                                                                                           |                                                                                       |
| REVISIÓN DE SISTEMAS - ¿Tiene actualmente problemas en esta área? (Seleccione "Sí" o "No")                                                                                                                                   |                                                                                                                   |                                                                                           |                                                                                       |
| SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   | CARDIOVASCULAR                                                                            |                                                                                       |
| Fatiga                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Presión/malestar en el pecho                                                              | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Fiebre                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Latidos irregulares/palpitaciones                                                         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Sudores nocturnos                                                                                                                                                                                                            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Otros                                                                                     |                                                                                       |
| Otros                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   | GENITOURINARIO (GENITALES/RIÑONES/VEJIGA)                                                 |                                                                                       |
| CABEZA, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                   | Disuria (orina con dolor)                                                                 | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Pérdida de la audición                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Hematuria (sangre en la orina)                                                            | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Otros                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   | Otros                                                                                     |                                                                                       |
| VÍAS RESPIRATORIAS (PULMONES/RESPIRACIÓN)                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   | NEUROLÓGICO                                                                               |                                                                                       |
| Tos                                                                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Mareo                                                                                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Pitido en el pecho                                                                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Dolores de cabeza                                                                         | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Otros                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   | Otros                                                                                     |                                                                                       |
| GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO/INTESTINOS)                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   | METABÓLICO/ENDOCRINO                                                                      |                                                                                       |
| Estreñimiento                                                                                                                                                                                                                | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Intolerancia al frío                                                                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Diarrea                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Intolerancia al calor                                                                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Vómitos                                                                                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Polidipsia (sed excesiva)                                                                 | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Otros                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   | Polifagia (hambre excesiva)                                                               | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| MUSCULOESQUELÉTICO                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                   | Poliuria (orina frecuente)                                                                | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Artralgia (dolor de articulaciones)                                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Otros                                                                                     |                                                                                       |
| Trastorno de la marcha                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | PSIQUIÁTRICO                                                                              |                                                                                       |
| Hinchazón de articulaciones                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Cambios emocionales                                                                       | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Debilidad muscular                                                                                                                                                                                                           | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Otros                                                                                     |                                                                                       |
| Otros                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   | ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO                                                                     |                                                                                       |
| HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   | Alergias ambientales                                                                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Sangrado                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Alergias a la comida                                                                      | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                     |
| Moretones                                                                                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 | Otros                                                                                     |                                                                                       |
| Otros                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                                                                                           |                                                                                       |
| TEGUMENTARIO (PIEL)                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   |                                                                                           |                                                                                       |
| Sarpullido                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                 |                                                                                           |                                                                                       |
| Otros                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                                                                                           |                                                                                       |
| COMENTARIOS:                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                   |                                                                                           |                                                                                       |

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Nombre del paciente | Fecha de nacimiento |
|---------------------|---------------------|

| HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL:                        |                          |                                                    |                                                      |                     |                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Enfermedades de los ojos                           | Relación con el paciente | Enfermedades médicas                               | Relación con el paciente                             | Enfermedades médica | Relación con el paciente |
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo perezoso)  |                          | <input type="checkbox"/> Artritis                  | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias  |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Ceguera                   |                          | <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral            |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                 |                          | <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la córnea   |                          | <input type="checkbox"/> Trastornos circulatorios  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                  |                          | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Otros                       |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Degeneración macular      |                          | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón         |                                                      |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina |                          | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas    |                                                      |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de retina      |                          | <input type="checkbox"/> Presión alta              |                                                      |                     |                          |
| <input type="checkbox"/> Estrabismo                |                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |                                                      |                     |                          |

| MEDICAMENTOS Y ALERGIAS:                                                                                                         |       |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|
| Indique todos los medicamentos para los ojos que toma (de venta con receta y de venta libre). Adjunte una lista si es necesario. |       |                 |
| Nombre del medicamento para los ojos                                                                                             | Dosis | Fecha de inicio |
|                                                                                                                                  |       |                 |
|                                                                                                                                  |       |                 |
|                                                                                                                                  |       |                 |
|                                                                                                                                  |       |                 |
|                                                                                                                                  |       |                 |
|                                                                                                                                  |       |                 |
|                                                                                                                                  |       |                 |
|                                                                                                                                  |       |                 |

| Indique todos los demás medicamentos (que no son para los ojos) que toma (de venta con receta y de venta libre). Adjunte una lista si es necesario. |       |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|
| Nombre del medicamento                                                                                                                              | Dosis | Fecha de inicio |
|                                                                                                                                                     |       |                 |
|                                                                                                                                                     |       |                 |
|                                                                                                                                                     |       |                 |
|                                                                                                                                                     |       |                 |
|                                                                                                                                                     |       |                 |
|                                                                                                                                                     |       |                 |
|                                                                                                                                                     |       |                 |

| Haga una lista de todas las alergias conocidas.                     |          |          |
|---------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene alergias conocidas |          |          |
| Alérgeno                                                            | Reacción | Gravedad |
|                                                                     |          |          |
|                                                                     |          |          |
|                                                                     |          |          |
|                                                                     |          |          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                 |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Nombre del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                 | Fecha de nacimiento |
| <b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |                     |
| <b>SEGURO DE LA VISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                 |                     |
| Número de identificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                     |
| Número de grupo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |                     |
| Nombre del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                 |                     |
| Relación con el asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre |                     |
| Empleador del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                 |                     |
| Fecha de nacimiento del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                 |                     |
| Número del Seguro Social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                     |
| <b>Seguro médico primario:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                 |                     |
| Número de identificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                     |
| Número de grupo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |                     |
| Nombre del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                 |                     |
| Relación con el asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre |                     |
| Empleador del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                 |                     |
| Fecha de nacimiento del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                 |                     |
| Número del Seguro Social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                     |
| <b>Seguro Médico secundario:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |                     |
| Número de identificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                     |
| Número de grupo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |                     |
| Nombre del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                 |                     |
| Relación con el asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre |                     |
| Empleador del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                 |                     |
| Fecha de nacimiento del asegurado principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                 |                     |
| Número del Seguro Social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                     |
| <b>Persona responsable del pago</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                 |                     |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                 |                     |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                 |                     |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                     |
| Relación con el paciente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |                     |
| Fecha de nacimiento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                 |                     |
| <b>TENGA EN CUENTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                 |                     |
| <p>Si tiene programado un examen de la vista de rutina y el médico determina que hay un diagnóstico médico, Center for Advanced Eye Care <b>NO PUEDE</b> facturar esta visita a su plan de seguro de la vista. Esta visita se facturará a su seguro médico. Facturaremos a su seguro de la vista por un servicio de refracción en caso de que se preste uno.</p> |                                                                                                 |                     |

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE**

**Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo puede consultarla usted. Léalo con atención.**

Center for Advanced Eye Care respeta su privacidad. Entendemos que su información médica personal es privada. No revelaremos su información a otras personas, a menos que usted nos diga que lo hagamos o a menos que la ley nos autorice.

La ley protege la privacidad de la información médica que creamos y obtenemos al darle atención y prestarle servicios. Por ejemplo, su información médica protegida incluye sus síntomas, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, información médica de otros proveedores, y la información de facturación y pagos relacionada con estos servicios. Usamos y revelamos su información médica protegida (PHI) por muchos motivos diferentes. Para algunos de estos usos y revelaciones, necesitamos su autorización específica. Abajo, describimos las distintas categorías de usos y revelaciones.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Todos los cambios se aplicarán a la PHI que ya tenemos. Si hacemos un cambio importante en nuestras políticas, modificaremos de inmediato este aviso y pondremos el nuevo aviso en áreas públicas de nuestros consultorios.

Este aviso también está en nuestro sitio web, en [www.centerforeyes.com](http://www.centerforeyes.com).

### **Ejemplos de uso y revelación de información médica protegida para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.**

#### **PARA TRATAMIENTOS:**

La información que obtenga un técnico, un médico u otro miembro de nuestro equipo de atención médica se registrará en su expediente médico y se usará para ayudar a decidir qué atención es adecuada para usted.

- También podemos dar la información a otras personas que le dan atención, excepto si la PHI se relaciona con el VIH/SIDA, pruebas genéticas o servicios de centros que tengan financiación a nivel federal y den tratamiento por abuso de alcohol o drogas, o si está prohibido por otro motivo según la ley federal o estatal. Esto los ayudará a estar informados sobre la atención que usted reciba.

#### **PARA PAGOS:**

- Pedimos que su plan de seguro de la vista o médico nos pague. Estos planes nos piden información sobre su atención médica. La información que se da a los planes médicos incluye su diagnóstico, pruebas de diagnóstico o la atención recomendada.
- También podemos dar partes de su PHI a nuestro personal de facturación y a cualquier organización de servicios de administración que usemos para manejar nuestra facturación, para que nos paguen por los servicios de atención médica que le hayamos prestado.

#### **PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:**

- Usamos su expediente médico para evaluar y mejorar los servicios.
- Podemos usar y revelar expedientes médicos para revisar las cualificaciones y el desempeño de nuestros proveedores de atención médica y para capacitar a nuestro personal.
- También podemos entregar partes de su PHI a cualquier organización de servicios de administración que usemos para manejar nuestras operaciones.
- Además, podemos entregar su PHI a nuestros contadores, abogados, consultores y otros, para asegurarnos de estar cumpliendo las leyes que nos afectan o por servicios que prestan a nuestras organizaciones.
- Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle sus citas.

- Podemos usar y revelar su información para prestar o coordinar servicios, incluyendo:
  1. Revisión de la calidad médica por su plan médico
  2. Servicios contables, legales, de gestión de riesgos y de seguros
  3. Funciones de auditoría, incluyendo programas de detección de fraudes y abusos, y de cumplimiento
- Todos los otros usos y revelaciones necesitan previamente su autorización por escrito. A excepción de lo que se establece aquí, no revelaremos su PHI sin su autorización por escrito. Más adelante podrá revocar su autorización por escrito, excepto en los casos en los que hayamos actuado basándonos en la autorización.
- Usos y revelaciones incidentales. Puede haber usos y revelaciones incidentales de la información. Los usos o las revelaciones incidentales son secundarios, no pueden evitarse de manera razonable, son limitados y se producen como consecuencia de un uso o de una revelación que de otro modo están permitidos. Sin embargo, dichos usos o revelaciones incidentales se permiten solo si hemos aplicado las protecciones razonables y no revelamos más PHI de lo necesario para lograr el uso o la revelación permitidos. Por ejemplo, estaría permitido revelar algo sobre un paciente, dentro del consultorio, aunque lo puedan oír personas que no están involucradas en su atención.

#### **SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Los registros de facturación de atención médica que creamos y almacenamos son propiedad de Center For Advanced Eye Care. Sin embargo, la información médica protegida que contienen normalmente le pertenece a usted. En ciertas circunstancias, tenemos derecho a no permitirle que los consulte. Usted tiene derecho a:

- Recibir, leer y hacer preguntas sobre este aviso.
- Restringir ciertos usos y revelaciones. A excepción del derecho a limitar revelaciones a las aseguradoras si usted, como paciente, pagó los servicios, no estamos obligados a conceder el pedido. En este caso, su expediente médico se le entregará directamente a usted.
- Pedirnos y recibir una copia impresa del último Aviso de la política de privacidad para la información médica protegida.
- Pedir ver y obtener una copia de su información médica protegida. Esta petición debe hacerse por escrito. Tenemos un formulario para este tipo de pedidos. Si pide una copia de su información, nos reservamos el derecho de cobrar cargos razonables por los costos en que incurramos por el servicio de copiado, envío por correo u otros para cumplir su pedido según la ley aplicable.
- Hacernos revisar una denegación de consulta de su información médica.
- Pedirnos que modifiquemos su información médica. Puede escribir una declaración de desacuerdo si se rechaza su petición. Se guardará en su expediente médico y se incluirá cada vez que se compartan sus expedientes.
- Cuando lo pida, le daremos una lista de las veces que se reveló su información médica. Esta lista no incluirá revelaciones a terceros pagadores. Usted puede recibir esta información y una copia de su información médica, sin cargo, cada 12 meses.
- Pedir que la información médica se le entregue por otro medio o en otro lugar. Presente una petición por escrito, firmada y fechada.
- Tiene derecho a recibir una notificación de "vulneración" de su PHI no protegida.

Para pedir ayuda con estos derechos en el horario de atención normal, comuníquese con: El director de privacidad, llamando al (302) 485-0699

#### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES:**

- Mantener la privacidad de su información médica.
- Darle este aviso.
- Informarlo si hubiera una vulneración de la información médica no protegida.
- Seguir los términos de este aviso.

Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas sobre la información médica protegida que tenemos. Si hacemos cambios, actualizaremos este aviso. Puede recibir la copia más reciente de este aviso llamando y pidiéndola, o visitando uno de nuestros centros.

**PARA HACER PREGUNTAS O PRESENTAR QUEJAS:**

Si tiene preguntas, quiere más información o quiere reportar un problema sobre el manejo de su información médica protegida, puede comunicarse con: el director de privacidad, llamando al (302) 485-0699

Si cree que se han quebrantado sus derechos de privacidad, puede hablar de su preocupación con el médico o con el director de privacidad. También puede entregar una queja por escrito en cualquier Center For Advanced Eye Care. También puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por email a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov), o por correo a 200 Independence Ave., S.W.; Room 509F; HHH Bldg., Washington, DC 20201. Si presenta una queja, no tomaremos represalias en su contra.

**Otras revelaciones y usos de la información médica protegida**

**NOTIFICACIÓN A LA FAMILIA Y OTROS**

- A menos que usted se oponga, podemos entregar información médica sobre usted a un amigo o a un familiar involucrados en su atención médica. También podemos dar su información a una persona que ayude a pagar su atención. Además, podemos revelar información médica sobre usted para ayudar en caso de desastres. Si se opone, no la usaremos ni la revelaremos.

**PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SIN SU AUTORIZACIÓN DE LAS SIGUIENTES MANERAS:**

- Otro médico en Center for Advanced Eye Care puede consultar expedientes para fines de revisión aleatoria, como parte de la mejora de la calidad.
- A directores de funerarias/médicos forenses
- A organizaciones de obtención de órganos
- A la FDA
- Para cumplir las leyes de compensación para los trabajadores, si presentó un reclamo de compensación para los trabajadores
- Para fines de salud y seguridad pública, según lo permita o exija la ley
- Para reportar sospechas de abuso o de abandono
- Para fines de las fuerzas del orden y a instituciones correccionales
- Para condiciones relacionadas con el trabajo que puedan afectar a la salud del empleado
- A las autoridades militares del personal militar americano y extranjero, según lo exija la ley
- En el curso de procedimientos de administración judicial, si usted lo pide o según lo exijan una citación o una orden judicial.
- Para funciones gubernamentales especializadas
- Los usos y las revelaciones que no aparecen en este aviso se harán solo si lo permite o exige la ley o con su autorización por escrito.

**FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO: 30 DE ABRIL DE 2021**

## RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA PARA EL PACIENTE Y DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Llevamos un expediente de los servicios de atención médica que le damos. Usted puede pedir ver el expediente y hacer una copia. También puede pedir que se corrija ese expediente. No revelaremos su expediente a otras personas, a menos que usted nos diga que lo hagamos, o a menos que la ley nos autorice o nos obligue a hacerlo. Puede ver su expediente u obtener más información sobre el mismo comunicándose con el director de privacidad de Center for Advanced Eye Care al (302) 485-0699.

Nuestro *Aviso de prácticas de privacidad para el paciente* describe más detalladamente cómo puede usarse y revelarse su información médica, y cómo puede consultarla usted.

Nuestro documento de *Derechos y responsabilidades del paciente* presenta directrices para su atención en nuestro centro e información de contacto para compartir preocupaciones.

**Con mi firma abajo, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad para el paciente y de los Derechos y responsabilidades del paciente.**

|                                                              |                          |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                              |                          |
| NOMBRE DEL PACIENTE O FIRMA INDIVIDUAL LEGALMENTE AUTORIZADA | FECHA                    |
|                                                              |                          |
| NOMBRE EN LETRA DE MOLDE                                     | RELACIÓN CON EL PACIENTE |
|                                                              |                          |
| FECHA DE NACIMIENTO                                          |                          |

Este formulario se conservará en su expediente médico.

## CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Entiendo que mi información de atención médica en Center for Advanced Eye Care está protegida, y he recibido una copia de su Aviso de prácticas de privacidad para el paciente.

Para que Center for Advanced Eye Care me pueda dejar mensajes detallados en mi correo de voz o en mi contestador automático, necesito dar autorización para que lo hagan.

### CONSENTIMIENTO PARA QUE ME DEJEN MENSAJES

Doy consentimiento para que dejen información sobre los resultados de mis pruebas, recordatorios o instrucciones detalladas sobre mis citas o de mi hijo (menor de 18 años) en mi correo de voz o en mi contestador automático. Entiendo que la información "confidencial", según lo que se menciona abajo, queda excluida.

|                        |  |
|------------------------|--|
| Iniciales del paciente |  |
|------------------------|--|

### CONSENTIMIENTO PARA QUE SE COMPARTA INFORMACIÓN CON FAMILIA Y AMIGOS

Quiero que mis familiares o mis amigos tengan acceso a mi información de atención médica. Los nombres mencionados abajo son de familiares a quienes concedo acceso a mi información médica mediante revelaciones verbales limitadas.

|                        |  |
|------------------------|--|
| Iniciales del paciente |  |
|------------------------|--|

| NOMBRE | RELACIÓN |
|--------|----------|
|        |          |
|        |          |
|        |          |

Entiendo que algunos datos se consideran "confidenciales". Entiendo que debo marcar las líneas específicas para que mi proveedor o su representante entreguen la información "confidencial".

- ☐ Trastornos de salud mental/psiquiátricos (incluyendo depresión)
- ☐ Dependencia química (abuso de drogas o alcohol/tratamiento)
- ☐ Información sobre embarazo
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Virus del VIH/SIDA

|                                         |                     |
|-----------------------------------------|---------------------|
| Nombre del paciente (en letra de molde) | Fecha de nacimiento |
| Firma del paciente                      | Fecha               |

Este consentimiento se considerará válido hasta que yo lo revoque. Me reservo el derecho de revocarlo en cualquier momento. Será mi responsabilidad mantener actualizada esta información.

## POLÍTICA FINANCIERA

*Gracias por elegir a Center for Advanced Eye Care, para sus necesidades de atención de la vista. Nos comprometemos a darle el mejor tratamiento disponible. La siguiente es una declaración de nuestra Política financiera.*

Todos los nuevos pacientes deben completar nuestros formularios de inscripción para pacientes antes de atenderse con un médico.

- *TODOS LOS COPAGOS SE DEBEN PAGAR EN LA FECHA DEL SERVICIO*
- *A MENOS QUE FACTUREMOS A SU SEGURO, SE DEBE HACER EL PAGO TOTAL EN EL MOMENTO DEL SERVICIO*
- *PARA SU COMODIDAD, ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, TODAS LAS PRINCIPALES TARJETAS DE CRÉDITO Y CARE CREDIT*
- *LOS CHEQUES DEVUELTOS ESTÁN SUJETOS A UN CARGO*

**EN RELACIÓN CON EL SEGURO:** su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato. Le facturaremos a su plan de seguro si nos da la información correcta. ***Tenga en cuenta que algunos de los servicios que se prestan tal vez no sean servicios cubiertos o no se consideren médicamente necesarios según su plan de seguro.*** Usted, como paciente, es el responsable final de pagar todos los servicios que presta Center for Advanced Eye Care. Aunque el pago es su responsabilidad, lo ayudaremos a negociar un acuerdo con su compañía de seguros, si hubiera disputas de reclamos.

**PACIENTES CON COBERTURA MÉDICA Y DE LA VISTA:** el fin de su seguro de la vista es darle un examen de la vista de rutina. Si lo evaluarán por motivos médicos (trastornos de la córnea, diabetes, cataratas, sospecha de glaucoma, vista doble, etc.) a usted se le está dando atención médica. En general, su compañía de la vista no da cobertura de atención médica. Por lo tanto, presentaremos un reclamo a su seguro médico por visitas relacionadas con quejas y problemas médicos. Su médico podrá responder cualquier pregunta sobre su tratamiento.

**ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA:** solo le prestaremos un servicio si creemos que es médicamente necesario. Habitualmente hacemos pruebas de diagnóstico, que algunas aseguradoras no las cubren. Por lo tanto, si su compañía de seguros determina arbitrariamente que un servicio que le hemos prestado no es un beneficio cubierto, usted deberá pagar la factura.

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| Nombre En Letra De Molde: | Fecha de Nacimiento: |
| Iniciales del paciente    | Fecha                |

## CESIÓN DE BENEFICIOS

Pido que el pago de los beneficios autorizados de Medicare o de otra compañía de seguros se haga en mi nombre o en nombre de mis dependientes a Center for Advanced Eye Care por cualquier servicio prestado. Aplican reglamentaciones sobre la cesión de beneficios de Medicare. Center for Advanced Eye Care acepta la cesión de la Parte B de Medicare.

Autorizo a Center for Advanced Eye Care a entregar información médica o de otro tipo sobre mí o sobre mis dependientes a compañías de seguros por reclamos relacionados de Medicare o de otras compañías aseguradoras. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y pido que la parte que acepta la cesión me proporcione los beneficios de seguro médico. Entiendo que es obligatorio que informe al proveedor de atención médica de cualquier otra parte responsable de pagar mi tratamiento o el de mis dependientes. Acepto pagar todos los cargos del tratamiento. Acepto que no retendré ni demoraré los pagos si Medicare u otra compañía de seguros se negaran a pagar cualquiera de mis cargos o los de mis dependientes.

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|