

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 <input type="checkbox"/> En la actualidad fuma diariamente	<input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/> Fumador empedernido actual	<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Fumador ocasional actual
¿Se cayó el año pasado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
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.

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**

### **I. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.**

### **II. TENEMOS LA OBLIGACIÓN LEGAL DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI).**

De conformidad con las regulaciones de la Norma de Privacidad establecidas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), enmendada y complementada, estamos legalmente obligados a proteger la privacidad de su información médica. Llamamos a esta información "información médica protegida" o "PHI" para abreviar. Incluye información que se puede usar para identificarlo y que hemos creado o recibido sobre su condición médica pasada, presente o futura, la prestación de atención médica a usted o el pago de esta atención médica. Estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad. Explica cómo, cuándo y por qué usamos y revelamos su PHI. Con algunas excepciones, no podemos usar ni revelar más de su PHI de lo necesario para cumplir el propósito del uso o la revelación. Estamos legalmente obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

### **III. CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.**

Usamos y revelamos su información médica por muchas razones diferentes. Para algunos de estos usos y revelaciones, necesitamos su autorización específica. Abajo describimos las diferentes categorías de usos y revelaciones de su PHI.

#### **A. Usos y revelaciones que no requieren su autorización.**

Podemos usar y revelar su PHI sin su autorización por las razones que se indican abajo. En caso de que otra ley aplicable, como las regulaciones en 42 CFR Part 2, requiera su autorización antes de nuestro uso o revelación de ciertos tipos o partes de su información, primero obtendremos su autorización.

- 1. Para tratamiento.** Podemos usar y revelar su PHI para la prestación, coordinación o gestión de su atención médica, incluidas las consultas entre médicos, enfermeros y otro personal de atención médica sobre su cuidado, y las referencias de atención de un proveedor a otro. Por ejemplo, si está siendo tratado por un especialista o lo remiten para una prueba, podemos comunicarnos con esos otros proveedores para coordinar su atención.
- 2. Para obtener el pago.** Podemos usar y revelar su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que se le dan. Por ejemplo, podemos dar su PHI a nuestro personal de facturación y a su plan médico para recibir el pago por los servicios de atención médica que le dimos. También podemos revelar PHI a otro proveedor involucrado en su atención para las actividades de pago del otro proveedor. Tenga en cuenta que ciertas leyes estatales o federales que rigen la información médica especializada o altamente sensible pueden requerir su autorización por escrito antes de nuestra revelación de PHI para fines de pago. En este caso, le pediremos que firme un formulario de autorización para que podamos revelar su PHI para obtener el pago.
- 3. Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y revelar su PHI según sea necesario para operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad de los servicios de atención médica que recibió o para evaluar el desempeño de los profesionales de atención médica que le dieron servicios de atención médica. Podemos dar su PHI a nuestros contadores, abogados, consultores y otros según sea necesario para sus servicios. También podemos usar su PHI para fines de agregación de datos o para desidentificar su PHI (es decir, eliminar sus identificadores personales) de acuerdo con la ley aplicable, incluso a través de nuestros asociados comerciales. Nosotros y otros podemos usar dichos datos desidentificados para fines legalmente permitidos. Podemos usar su PHI para crear un "conjunto de datos limitado" eliminando cierta información de identificación. Podemos usar y revelar el conjunto de datos limitado para fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica, y cualquier tercero que reciba un conjunto de datos limitado debe firmar un acuerdo para proteger su información médica.
- 4. Cuando la ley federal, estatal o local, los procedimientos judiciales o administrativos, o las autoridades policiales requieren una revelación.** Podemos usar o revelar su PHI para dichos fines. Por ejemplo, podemos revelar su PHI cuando una ley requiere que informemos cierta información a agencias gubernamentales o al personal policial sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica (para adultos, haremos la revelación de abuso de adultos solo si la persona está de acuerdo o cuando lo requiera la ley); cuando se trate de heridas de bala

u otras heridas; con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; o cuando se cite o se ordene en un procedimiento judicial o administrativo.

5. **Para actividades de salud pública.** Podemos usar o revelar su PHI para actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos revelar PHI para informar sobre nacimientos, muertes, diversas enfermedades, eventos adversos y defectos de productos a funcionarios gubernamentales encargados de recopilar esa información; para prevenir, controlar o informar enfermedades, lesiones o discapacidades según lo permita o requiera la ley; para realizar vigilancia, investigaciones e intervenciones de salud pública según lo permita o requiera la ley; o para notificar a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad transmisible o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad según lo autorice la ley.
6. **Para actividades de supervisión médica.** Podemos usar o revelar su PHI para actividades de supervisión médica. Por ejemplo, podemos revelar PHI para ayudar al gobierno u otra agencia de supervisión médica con actividades que incluyen auditorías; investigaciones, procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales; u otras actividades necesarias para una supervisión adecuada según lo autorice la ley.
7. **A médicos forenses, directores de funerarias y para donación de órganos.** Podemos revelar a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias la PHI necesaria relacionada con la muerte de una persona. Podemos revelar PHI a organizaciones de obtención de órganos para ayudarlas en donaciones y trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
8. **Para fines de investigación.** Podemos revelar PHI para realizar investigación médica cuando lo permita la ley aplicable. Cuando lo requiera la ley aplicable, obtendremos su autorización por escrito antes de revelar su PHI para dichos fines.
9. **Para evitar daños.** Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad de usted, otra persona o el público, podemos dar PHI al personal policial o a personas capaces de prevenir o reducir dicho daño.
10. **Para funciones gubernamentales específicas.** Podemos revelar PHI de personal militar y veteranos en ciertas situaciones. También podemos revelar PHI para actividades de seguridad nacional e inteligencia.
11. **Para fines de compensación laboral.** Podemos revelar PHI para cumplir con las leyes de compensación laboral.
12. **Reclusos.** Si usted es recluso de una institución correccional o está bajo custodia de un funcionario policial, podemos revelar PHI a la institución correccional o al funcionario policial, siempre que dicha revelación sea necesaria para darle atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros reclusos, o para la seguridad de la institución correccional.
13. **Demandas y disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar su PHI sujeto a ciertas limitaciones.
14. **Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** Podemos usar su PHI para dar recordatorios de citas o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de atención médica que ofrecemos. Podemos revelar su PHI a nuestros socios comerciales para que puedan hacer estas funciones en nuestro nombre. Infórmenos si no desea que lo contactemos para estos fines, o si prefiere que lo contactemos a un teléfono o dirección diferente.
15. **Intercambios de información médica.** Nosotros y otros proveedores de atención médica podemos participar en ciertos intercambios de información médica (HIE) según determinemos nosotros y ellos de vez en cuando. Estos HIE permiten que la información del paciente se comparta electrónicamente a través de una red conectada segura. Los HIE dan a sus proveedores de atención médica que participan en las redes HIE acceso electrónico inmediato a su información médica pertinente para tratamiento, pago y ciertas operaciones de atención médica. Si usted no se excluye de un HIE, su información estará disponible a través de dicha red HIE para sus proveedores participantes autorizados de acuerdo con este aviso y la ley aplicable. Si usted se excluye de un HIE, esto evitará que su información se comparta electrónicamente a través de la red HIE; sin embargo, no afectará cómo se accede, usa y revela su información habitualmente, de acuerdo con este aviso y la ley aplicable. Cualquier excepción que niegue a una persona excluirse de que su información se transmita a través de un HIE estará de acuerdo con la ley federal y estatal aplicable. En caso de que participemos en un HIE, usted puede excluirse contactando a nuestro director de Privacidad según se indica en la Sección VI.
16. **Uso de comunicaciones electrónicas no seguras.** Si usted elige comunicarse con nosotros, incluidos nuestros proveedores y personal, a través de comunicaciones electrónicas no seguras, como correo electrónico regular o mensajes de texto que no están encriptados, podemos responderle de la misma manera en que se recibió la comunicación y a la misma dirección de correo electrónico o teléfono desde el cual envió su comunicación original. Además, si usted nos da su dirección de correo electrónico o teléfono celular, podemos enviarle correos electrónicos o mensajes de texto relacionados con recordatorios de citas, encuestas u otras comunicaciones informativas generales. Para su conveniencia, estos mensajes pueden enviarse sin encriptar.

Antes de usar o aceptar usar cualquier tecnología de comunicación electrónica no segura, tenga en cuenta que existen ciertos riesgos, como, entre otros, interceptación por otras personas que no están autorizadas a tener su información, cuentas compartidas, mensajes mal dirigidos o con dirección incorrecta, o mensajes almacenados en dispositivos no seguros. Al elegir comunicarse con nosotros a través de comunicaciones electrónicas no seguras, usted acepta estos riesgos.

Usted debe entender que el uso de correo electrónico, mensajes de texto u otros métodos de comunicación electrónica no está destinado a sustituir el diagnóstico, consejo o tratamiento médico profesional. Los correos electrónicos, mensajes de texto y otras comunicaciones electrónicas nunca deben usarse en situaciones urgentes.

**B. Usos y revelaciones donde usted puede tener la oportunidad de objetar.**

1. **Revelaciones a familiares, amigos u otras personas.** Podemos revelar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención médica o el pago de su atención médica, en la medida relacionada con su participación en su atención o pago de su atención. Podemos usar o revelar su PHI para notificar a otras personas sobre su condición general y ubicación en nuestras instalaciones. Podemos permitir que amigos y familiares actúen en su nombre y recojan recetas y otros documentos cuando determinemos, a nuestro juicio, que es lo mejor para sus intereses. Si usted está disponible, le daremos la oportunidad de objetar estos tipos de revelaciones, y entonces no haremos las revelaciones a las que usted haya objetado.
2. **Ayuda en casos de desastre.** Cuando lo permita la ley aplicable, podemos coordinar nuestros usos y revelaciones de PHI con otras organizaciones autorizadas por ley o estatuto para ayudar en los esfuerzos de ayuda en casos de desastre. Por ejemplo, se puede hacer una revelación a la Cruz Roja Americana o una organización similar en una emergencia.

**C. Usos y revelaciones que requieren su autorización.** Salvo lo indicado de otra manera en este aviso, no revelaremos su PHI sin su autorización por escrito. Usted puede revocar posteriormente su autorización por escrito, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas basándonos en la autorización.

1. **Notas de psicoterapia.** En caso de que mantengamos notas de psicoterapia relacionadas con usted, en la mayoría de las circunstancias debemos obtener su autorización por escrito antes de revelar dichas notas de psicoterapia fuera de nuestra organización. Usted no tiene derecho bajo HIPAA a recibir copias de las notas de psicoterapia relacionadas con usted.
2. **Información genética.** Excepto bajo ciertas circunstancias permitidas o requeridas por ley, podemos usar o revelar su información genética (por ejemplo, su muestra de ADN o resultados de pruebas de ADN) solo con su autorización por escrito.
3. **VIH, SIDA y ciertas enfermedades de transmisión sexual.** Excepto bajo ciertas circunstancias permitidas o requeridas por ley, podemos usar o revelar información de diagnóstico y tratamiento sobre VIH, SIDA o enfermedades de transmisión sexual solo con su autorización por escrito.
4. **Información de tratamiento de trastornos por uso de sustancias.** Los registros recibidos de centros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias (SUD) financiados por el gobierno federal están protegidos por la ley federal en 42 CFR Part 2, que proporciona ciertas protecciones a dichos registros además de HIPAA. En caso de que recibamos información o registros sobre usted de un centro de tratamiento de SUD financiado por el gobierno federal, no revelaremos dicha información o registros a terceros externos para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica a menos que (i) hayamos recibido su autorización por escrito, (ii) hayamos recibido una orden judicial acompañada de una citación u otro mandato legal que obligue a la revelación que se emitió después de que usted y nosotros recibiéramos notificación por escrito y una oportunidad de ser escuchados, según lo requerido bajo las regulaciones federales en 42 CFR Part 2, (iii) se haga la revelación al personal médico en una emergencia médica y no hayamos podido obtener su autorización previa por escrito, (iv) la revelación se haga al personal médico calificado de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) que afirme tener razones para creer que la salud de cualquier individuo puede estar amenazada por un error en la fabricación, etiquetado o venta de un producto bajo la jurisdicción de la FDA, y que la información se usará con el propósito exclusivo de notificar a los pacientes o sus médicos sobre peligros potenciales; o (v) la revelación se haga al personal calificado para fines de investigación. 42 CFR Part 2 limita estrictamente el uso de registros de SUD en procedimientos legales, y el contenido de dichos registros no puede usarse ni revelarse en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra el individuo a menos que se base en consentimiento por escrito, o bajo una orden judicial después de que se proporcione notificación y una oportunidad al individuo o al titular de los registros de SUD. Una orden judicial que autorice el uso o revelación debe ir acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la revelación antes de que se use o revele el registro solicitado.

**D. Comunicaciones de marketing.** Podemos contactarlo como parte de nuestras actividades de marketing sin obtener su autorización por escrito, para los siguientes propósitos: para proporcionarle material de marketing en un encuentro cara a cara; para darle un regalo promocional de valor nominal, si así lo decidimos; y, siempre que no se nos pague por hacerlo, para comunicarnos con usted sobre productos o servicios relacionados con su tratamiento, gestión de casos o coordinación de atención, o tratamientos, terapias, proveedores o entornos de atención alternativos. Podemos usar o revelar PHI para identificar servicios y productos relacionados con la salud que puedan ser beneficiosos para su salud y luego contactarlo sobre los servicios y productos. Obtendremos su autorización por escrito para ciertas otras actividades de marketing cuando estemos legalmente obligados a hacerlo.

**E. Venta de PHI.** Revelaremos su PHI de una manera que constituya una venta de PHI solo al recibir su autorización previa. La venta de PHI no incluye una revelación de PHI para fines de salud pública; para investigación; para fines de tratamiento y pago; relacionada con la venta, transferencia, fusión o consolidación de todo o parte de nuestro negocio y

para actividades de debida diligencia relacionadas; al individuo; requerida por ley; para cualquier otro propósito permitido por y de acuerdo con la ley aplicable.

- F. Actividades de recaudación de fondos.** Podemos usar cierta información (nombre, dirección, teléfono, fechas de servicio, edad y género) para contactarlo con el propósito de diversas actividades de recaudación de fondos que podamos hacer. Puede optar por no recibir tales comunicaciones proporcionándonos un aviso de su exclusión. En caso de que creemos o mantengamos registros sujetos a 42 CFR Part 2, primero le proporcionaremos una oportunidad clara y visible de no recibir ninguna comunicación de recaudación de fondos.
- G. Usos y revelaciones incidentales.** Podemos revelar su PHI de manera incidental a un uso o revelación que de otro modo esté permitido según se describe en este aviso. Por ejemplo, las conversaciones sobre usted dentro de nuestras oficinas podrían ser escuchadas por personas que no están involucradas en su atención. Hemos implementado salvaguardas razonables, así como políticas y procedimientos con respecto a los usos y revelaciones mínimos necesarios de PHI en un esfuerzo por minimizar tales usos y revelaciones incidentales y para proteger su PHI.
- H. Asociados comerciales.** Podemos contratar a ciertos individuos o entidades (asociados comerciales) para que nos proporcionen servicios o realicen ciertas funciones en nuestro nombre, y podemos revelar su PHI a estos asociados comerciales para tales propósitos. Por ejemplo, podemos compartir PHI con nuestro consultor informático o nuestra compañía de facturación para facilitar nuestras operaciones de atención médica o el pago de servicios proporcionados en relación con su atención. Requeriremos que nuestros asociados comerciales celebren un acuerdo por escrito para mantener su PHI confidencial y cumplir con ciertos términos y condiciones.
- I. Notificación de violación de datos.** Podemos usar o revelar su PHI para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado a o revelación de su PHI.

#### IV. QUÉ DERECHOS TIENE CON RESPECTO A SU PHI.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- A. El derecho a solicitar límites en los usos y revelaciones de su PHI.** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que limitemos cómo usamos y revelamos su PHI. Usted no puede limitar los usos y revelaciones que estamos legalmente obligados a hacer. Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aceptarla excepto en la siguiente circunstancia: Usted tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos la revelación de su PHI a su plan médico por un servicio que le proporcionamos donde usted nos ha pagado directamente (de su bolsillo, en su totalidad) por ese servicio, en cuyo caso estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si aceptamos su solicitud, pondremos cualquier límite por escrito y los cumpliremos excepto en situaciones de emergencia. Bajo ciertas circunstancias, podemos terminar nuestro acuerdo a una restricción.
- B. El derecho a elegir cómo le enviamos PHI.** Usted tiene el derecho de pedir que le enviemos información a una dirección alternativa (por ejemplo, enviar información a su dirección de trabajo en lugar de su dirección de casa) o por medios alternativos (por ejemplo, por correo electrónico en lugar de correo regular). Debemos aceptar su solicitud siempre que podamos proporcionarla fácilmente de la manera que usted solicitó.
- C. El derecho a ver y obtener copias de su PHI.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su PHI que tenemos, pero debe hacer la solicitud por escrito. Si no tenemos su PHI, pero sabemos quién la tiene, le diremos cómo obtenerla. Le responderemos en el plazo de 30 días después de recibir su solicitud por escrito. En ciertas situaciones, podemos denegar su solicitud. Si lo hacemos, le diremos, por escrito, nuestras razones para la denegación y le explicaremos su derecho a que se revise la denegación.

Si usted solicita una copia de su información, podemos cobrar tarifas razonables por los costos de copiado, envío por correo u otros costos en los que incurramos al cumplir con su solicitud, de acuerdo con la ley aplicable. En lugar de dar la PHI que usted solicitó, podemos darle un resumen o explicación de la PHI siempre que usted esté de acuerdo con eso y con el costo por adelantado. Usted tiene el derecho de acceder a su PHI en formato electrónico (en la medida en que mantengamos la información en dicho formato) y de indicarnos que enviemos la copia electrónica directamente a un tercero. Podemos cobrar por los costos de mano de obra para transferir la información y cobrar por los costos de medios electrónicos si usted solicita que le demos dichos medios, de acuerdo con la ley aplicable.

Tenga en cuenta que, si usted es el padre o tutor legal de un menor de edad, ciertas partes de los registros del menor pueden no estar accesibles para usted. Por ejemplo, los registros relacionados con la atención y el tratamiento para los cuales el menor tiene permitido dar su consentimiento por sí mismo (sin su consentimiento) pueden estar restringidos a menos que el menor dé una autorización para dicha revelación.

- D. El derecho a obtener una lista de las revelaciones que hemos hecho.** Usted tiene el derecho de obtener una lista de los casos en los que hemos revelado su PHI. La lista no incluirá usos o revelaciones hechas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica (a menos que la ley aplicable nos exija incluir dichas revelaciones), aquellas hechas conforme a su autorización por escrito, aquellas hechas directamente a usted o a su familia, o revelaciones incidentales permitidas. La lista tampoco incluirá usos y revelaciones hechas con fines de seguridad nacional, a personal de correccionales o de aplicación de la ley, o para períodos de tiempo que excedan 6 años antes de la fecha de su solicitud.

Le responderemos en el plazo de 60 días después de recibir su solicitud por escrito. Excepto según lo dispuesto de otra manera por la ley aplicable, la lista que le daremos incluirá revelaciones hechas en los últimos seis años a menos que usted solicite un período de tiempo más corto. La lista incluirá la fecha de la revelación, a quién se reveló la PHI (incluyendo sus direcciones, si se conocen), una descripción de la información revelada y el motivo de la revelación. Si usted hace una solicitud de una lista de revelaciones, le daremos una lista durante cualquier período de 12 meses sin cargo, pero si usted hace más de una solicitud en el mismo año, podemos cobrarle una tarifa administrativa por cada solicitud adicional.

- E. El derecho a recibir notificación de una violación de PHI no protegida.** Usted tiene el derecho de recibir notificación de una violación de su PHI no protegida, incluyendo cualquier violación de registros o información de SUD.
- F. El derecho a corregir o actualizar su PHI.** Si usted cree que hay un error en su PHI o que falta una parte de información importante, usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, que corrijamos la información existente o agreguemos la información que falta. Usted debe dar la solicitud y su motivo para la solicitud por escrito. Le responderemos en el plazo de 60 días después de recibir su solicitud por escrito. Podemos denegar su solicitud si la PHI (i) es correcta y completa, (ii) no la creamos nosotros, (iii) no se permite revelarla, o (iv) no forma parte de nuestros registros. Nuestra denegación por escrito indicará los motivos de la denegación y explicará su derecho a presentar una declaración por escrito de desacuerdo con la denegación. Si usted no presenta una, tiene el derecho de que su solicitud y nuestra denegación se adjunten a todas las revelaciones futuras de su PHI. Si aprobamos su solicitud, haremos el cambio a su PHI, le diremos que lo hemos hecho y les diremos a otros que necesitan saber sobre el cambio a su PHI.
- G. El derecho a obtener una copia de este aviso.** Este aviso está publicado en áreas públicas de nuestras oficinas y en nuestro sitio web en <https://www.centerforeyes.com/>. Podemos darle una copia de este aviso por correo electrónico. Además, usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso comunicándose con nuestro director de Privacidad como se indica en la Sección VI abajo.

#### **V. CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

Si usted cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede presentar una queja con la persona indicada en la Sección VI abajo. También puede enviar una queja por escrito al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. No tomaremos ninguna acción de represalia en su contra si presenta una queja de buena fe sobre nuestras prácticas de privacidad.

#### **VI. PERSONA DE CONTACTO PARA INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad o violación de sus derechos de privacidad, comuníquese con nuestro director de Privacidad de la siguiente manera:

Center for Advanced Eye Care  
5301 Limestone Road, Suite 122  
Wilmington, DE 19808  
Attention: Privacy Officer  
Teléfono: (302) 239-1933

**VII. CAMBIOS A ESTE AVISO.** Tenemos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio a los términos de este aviso se aplicará a la PHI que ya tenemos. Si cambiamos este aviso, publicaremos el nuevo aviso en áreas públicas de nuestras oficinas y en nuestro sitio web. También puede obtener una copia de cualquier aviso nuevo comunicándose con el director de Privacidad indicado arriba.

**VIII. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN.** Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables que requieren que no discriminemos por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

#### **IX. FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO.**

Fecha de vigencia: 1 de mayo de 2026

## 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

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.

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