

SOUTH TEXAS EYE CONSULTANTS, P.L.L.C.

Estamos encantados de que haya elegido para sus necesidades de cuidado de los ojos.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

MATRIMONIO: C S D V NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NÚMERO DE LICENCIA: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

EL CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

RAZA: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____

MÉDICO DE FAMILIA: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____

TOMADOR DE LA POLÍZA DE SEGURO: (si no el paciente): _____

RELACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ASIGNACIÓN DE SEGURO: Yo abajo firmante certifico que yo (o mi dependiente) tiene seguro con _____ y asigna directamente a South Texas Eye Consultants todos los beneficios del seguro, si los hubiere, pagaderas a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagado o no pagado por mi seguro. Por la presente autorizo al médico para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos seguros.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE/TRICARE Y LOS PACIENTES SOLICITAN PAGO EN ARCHIVO:

Solicitar dicho pago de beneficios de Medicare/Tricare autorizados hacer a mí o a mi nombre a South Texas Eye Consultants para los servicios a mí por que médico. Autorizo a cualquier titular de la información médica acerca de mí para liberar a los Centros de Servicios de Medicare Tricare y Medicaid. Servicios y a sus agentes cualquier información necesaria para pagar la reclamación. Si "otro seguro de salud" es indicado en el punto 9 del la CMS-1500 forma, o en otro lugar en otro aprobado reclamar formas o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autorizada la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia que se muestra. En Medicare/Tricare asigna los casos, los médicos o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga de Medicare/Tricare portador de la carga completa y el paciente es responsable de sólo el deducible, coaseguro y los servicios no cubiertos.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Paciente Política Financiera

Estamos dedicados en brindar la mejor atención posible y el servicio a usted. Con el fin de reducir la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, su comprensión completa de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su cuidado y tratamiento. Nuestro personal está disponible en cada oficina para explicar nuestras políticas.

Su Seguro

- Es la política de la oficina a cobrar copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio.
- En el caso de que su salud plan determina un servicio a "no", usted será responsable de la carga completa. El pago es debido a la recepción de una declaración de nuestra oficina.
- Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheque Personal, Visa, MasterCard, Discover, American Express y Care Credit.
- Hay una cuota de cheque devuelto \$30.00 para los cheques no pagados por su institución financiera.

Pacientes menores

- Para todos los servicios prestados a los pacientes menores, esperamos que el padre o tutor para el pago.

Servicio médico vs visión

- Planes de seguro de distinguen entre "Médicos" y "Visión". Más planes de seguro médicos no paga por servicios de la "Visión". Planes de visión no paga por problemas de "Salud". Si usted tiene un problema de ojo médico podemos presentar una reclamación con su plan de seguro médico. Si usted simplemente necesita un examen ocular para vasos, generalmente es un servicio de "Visión".
- Aceptamos Davis Vision, Eye Med Vision, Superior Vision, Block Vision y Humana Visión.

Refracción

- Muchos seguros de Medicare no cubren refracción. Algunos planes de seguro consideran refracción un servicio de "Visión" y no un servicio "Médico". Refracción es un procedimiento que se realiza para determinar la necesidad de anteojos o para evaluar si se logra una mejora visual. Esto no es sólo una parte necesaria y esencial de su examen de la vista, es en muchos casos, la única razón de su nombramiento. Nuestro honorario para esta parte del examen es \$40.00, debido al tiempo de servicio.

Cargo y evaluación de lentes de contacto

- Las evaluaciones de lentes de contacto son un servicio especializado, no está incluido en un examen ocular estándar realizado por el oftalmólogo
- Pacientes que deseen ser evaluadas para lentes de contacto son responsables de un cargo adicional. Evaluaciones de mayor complejidad se cargan en una tarifa más alta porque se requieren más profunda personalización y evaluación.

Autorizaciones

- Participamos con muchos HMO y otros planes médicos de la atención médica administrada ofrecen actualmente en esta área. Si es necesaria una autorización de seguros por su plan, todos los pacientes nuevos deben proporcionar dicha autorización antes de la prestación. Si no tienes una autorización válida en el momento de su visita, será necesario pagar por servicios o reprogramar la cita.

Paciente Política Financiera

Apreciamos como nuestra paciente y queremos darle la mejor atención posible. Ayudar a manejar mejor sus beneficios médicos es otra forma de decir "**que nos importa**".

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y estoy de acuerdo en obligarse por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser modificados de tiempo en tiempo por la práctica.

Nombre del paciente

Firma del paciente o responsable si un menor de edad

Fecha

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

He revisado South Texas Eye Consultants aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo mi información médica se utilizarse y divulgarse. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del paciente o Representante Personal

Nombre de paciente y Personal Representante

Fecha

South Texas Eye Consultants P.L.L.C, cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

South Texas Eye Consultants, P.L.L.C.

Autorización de paciente limitada divulgación de información de salud protegida

Formulario debe ser firmado y fechado cada año.

Nombre del paciente: _____

Numero Social (últimos 4 dígitos): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Autorizo a South Texas Eye Consultants, P.L.L.C. a divulgar o proporcionar información de salud protegida sobre mí a los individuos enumerados abajo.

Que estará autorizado a recibir información (lista de la persona o entidad que va a recibir su PHI):

Nombre de la persona/entidad: _____

Número de teléfono: _____

Autorizo la práctica de divulgar la información protegida siguiente de la salud sobre mí a la entidad, persona, o las personas identificadas arriba:

- Registro completo del paciente; o, comprobar **solamente** los elementos del expediente a ser revelada:
- Notas de la oficina
- Hogar de ancianos, salud en el hogar, Hospicio y otros registros médicos
- Resultados de laboratorio, patología reporta
- Record de VIH y pruebas de enfermedades transmisibles
- Informe de historia financiera (anteriores 3 años).

Propósito de la divulgación (por favor, anote el propósito de la divulgación o consultar solicitud de paciente):

- Paciente solicite Otro (Sírvese especificar): _____

- Esta autorización vencerá en el final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anterior. Debe renovar o presentar una autorización de nuevo después de la fecha de vencimiento para continuar la autorización.

Por favor lista de la fecha de vencimiento si anterior al final del año: _____

- Usted tiene el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad. Terminación de esta autorización será efectiva mediante notificación por escrito, excepto donde una revelación ya se ha basado en la autorización.
- La práctica no pone ninguna condición a firmar esta autorización en la prestación de asistencia sanitaria o tratamiento.
- No tenemos control sobre la persona o personas que han listado para recibir su información de salud protegida. Por lo tanto, su información de salud protegida establecido en esta autorización no puede estar protegido por los requisitos de la regla de privacidad y ya no será responsabilidad de la práctica.

Firma de Paciente o Representante

Fecha

Usted tiene el derecho a recibir una copia de autorizaciones firmadas a petición.

South Texas Eye Consultants, PLLC
Información Médica

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Médico Previo de Los Ojos: _____ Fecha del Ultimo Examen de Ojo: _____

I. Historia

¿Qué problemas tienes con tus ojos? _____
¿Ha tenido alguna cirugía de ojo? _____
¿Ha tenido alguna lesión del ojo? _____
¿Médicas alergias? _____

II. Medicamentos

Por favor enumere todas las gotas que toma actualmente:

Por favor indique cualquier medicamento prescrito que tome:

III. Historia de la familia

¿Usted o alguno de sus parientes de la sangre tiene/tenía el siguiente? (Por favor marque los que aplican)

Cataratas _____	Glaucoma _____	Ceguera _____
Degeneración macular _____	Diabetes _____	Hipertensión _____
Enfermedad de la tiroides _____	Cáncer _____	Artritis _____
Problemas de retinales _____	Otros _____	

IV. Historia social

	Si	No
¿Usted ahora o ha sido ahumado?	_____	_____
¿Actualmente consume alcohol o drogas?	_____	_____
¿Está embarazada actualmente?	_____	_____
¿Está bajo el cuidado de HOSPICIO?	_____	_____
¿Eres VIH positivo?	_____	_____

V. Revisión de los Sistemas

¿Tiene o tuvo cualquiera de las siguientes condiciones médicas? (Por favor marque los que aplican)

_____ Oídos, Nariz, Boca, Garganta	_____ Problemas de Riñón
_____ Cardiovasculares	_____ Artritis o problemas en los Huesos
_____ Problemas Respiratorios o Respiración	_____ Problemas de Convulsión/Neurológico
_____ Problemas de Estómago	_____ Alergias Crónicas

Cualquier información adicional _____

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revisela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

➤ **Ver página 2** para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

➤ **Ver página 3** para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ **Ver páginas 3 y 4** para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
-

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
-

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
-

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
-

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
-

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
-

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
-

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.