

Por Favor...

1) Complete este formulario 2) Imprime este formulario 3) Firma el formulario 4) Devuelva el formulario o tráigalo con usted

Desert Vision Optometry

David R. Esquibel, O.D.
555 S. Sunrise Way Ste. 401
Palm Springs, CA 92264

Informacion para el paciente		Fecha: _____
Nombre: _____	Apellido: _____	MI: _____
Direccion: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Postal: _____
Numero de Telefono: _____	Celular: _____	Trabajo: _____
Cumpleanos : _____ Correo Electronico: _____		
(Guarda informacion si el paciente es menor 18 años de edad)		
Nombre: _____	Apellido: _____	MI: _____
Direccion: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Postal: _____
Contacto de emergencia		
Nombre: _____	Apellido: _____	Numero: _____
Historia medica general (Marque todo lo que corresponda)		
__ Artritis __ Asma __ Cancer __ Diabetes __ Enfermedad del corazón __ Colesterol Alto		
__ SIDA __ Alto Presion __ Migranas __ Mental Otros: _____		
Meicamentos: _____		
Alergias: _____		
Historia clinica familiar (Marque todo lo que corresponda)		
__ Alto Presion __ Degeneracion Macular __ Diabetes __ Glaucoma __ Cataratas		
Por favor indique cualquier cirugia		
_____		Fecha: _____
_____		Fecha: _____
Salud de los ojos (Marque todo lo que corresponda)		
__ Degeneracion Macular __ Glaucoma __ Vision Borrosa __ Cataracts		
__ Desprendimiento de retina		
Lesiones en los ojos _____	Fecha: _____	
Cirugias Oculares: _____	Fecha: _____	
Información de la asignación financiera		
Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre el seguro y mi mismo. Entiendo y acepto que todos los servicios prestados a mí y acusados son mi responsabilidad personal por pago puntual. Entiendo que si suspender o terminar mi tratamiento o atención, los servicios profesionales prestados a mí será inmediatamente debido y pagadero.		
Inicial: _____		
Reconocimiento del aviso de prácticas de privacidad (NPP) -Ver archivo adjunto		
__ Sí, he leído o me había explicado por Desert Vision Optometry el NPP y quiero continuar mi cuidado bajo dichos términos.		
__ No, no he leído el NPP pero me dieron la oportunidad de leerlo y disminuido. Me gustaría continuar la atención bajo dichos términos.		

Firma acuerdo con todos los términos : _____ Date: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DE PRIVACIDAD ("NOTIFICACIÓN") DESCRIBE CÓMO PODEMOS UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE. Su "información de salud," para los propósitos de este aviso, es generalmente cualquier información que le identifica a usted y es creado, recibido, mantenido o transmitido por nosotros en el curso de la prestación de salud artículos o servicios a usted (denominado "información de salud" en este aviso).

Estamos obligados por la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA") y otras leyes aplicables a mantener la privacidad de su información de salud, para brindar a los individuos con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respeto a dicha información y a respetar los términos de este aviso. También estamos obligados por ley a notificar a los individuos afectados de su información de salud sin garantía.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN SIN SU AUTORIZACIÓN

Son las razones más comunes por que usemos o revelemos su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información médica para fines de tratamiento son: programar una cita para usted; la prueba o examen de los ojos; prescripción de medicamentos para los ojos, gafas o lentes de contacto y envío de faxes a llenarse; mostrando ayudas de baja visión; Te refiriéndose a otro médico o clínica para el cuidado de los ojos o ayudas para baja visión o servicios; u obtener copias de su información de salud de otro profesional que usted pudo haber visto antes que nosotros. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información médica para fines de pago son: haciendo preguntas acerca de su salud o planes de atención de la visión u otras fuentes de pago; preparación y envío de facturas o reclamos; y la recolección de cantidades impagadas (o nosotros mismos o a través de una agencia de cobranza o abogado). "Operaciones de atención médica" significa esas funciones administrativas y gerenciales que debemos llevar hacia fuera para poder ejecutar nuestra oficina. Ejemplos de cómo utilizar o divulgar su información médica para operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación; Aseguramiento de la calidad interna; decisiones de personal; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; negocio planificación; y almacenamiento fuera de nuestros registros.

OTRAS REVELACIONES Y USOS PODEMOS HACER SIN SU AUTORIZACIÓN O CONSENTIMIENTO

En algunas situaciones limitadas, la ley permite o requiere que usemos o revelemos su información médica sin su consentimiento o autorización. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros: Algunos pueden no suben en nuestra oficina en absoluto. Tales usos o divulgaciones son:

- Cuando un estado o ley federal exige que se notifiquen cierta información de salud para un propósito específico;
- para propósitos de salud pública, tales como enfermedad contagiosa informes, investigación o vigilancia; y avisos de a y de la federal Food and Drug Administration en relación con medicamentos o dispositivos médicos;
- revelaciones a las autoridades gubernamentales sobre víctimas de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- usos y divulgaciones para actividades de supervisión de salud, tales como el licenciamiento de los médicos; para auditorías por Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de leyes de salud;
- divulgaciones para procesos judiciales y administrativos, tales como en respuesta a citaciones o las órdenes de los tribunales u organismos administrativos;
- divulgaciones para fines de cumplimiento de la ley, tales como proporcionar información acerca de alguien que es o se sospecha que una víctima de un crimen; para proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina; o para reportar un crimen que ocurrió en algún lugar más;
- divulgación a un médico forense para identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte; o a directores de funerarias para ayudar en la sepultura; o a organizaciones que maneje las donaciones de órganos o tejidos;
- usos o divulgaciones para la salud relacionados con la investigación;
- usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o seguridad;
- usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, tales como la protección del Presidente o de alto ranking de funcionarios del gobierno; para las actividades de Inteligencia Nacional legal; para los propósitos militares; o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio exterior;
- revelaciones de información anónima;
- revelaciones relativas a programas de compensación del trabajador;
- revelaciones de un "conjunto de datos limitado" para investigación, salud pública u operaciones de cuidado de la salud;
- divulgaciones incidentales que son una consecuencia inevitable de usos permitidos o revelaciones;
- divulgaciones a "socios" y sus subcontratistas que realizan operaciones de cuidado de la salud para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información médica según HIPAA;
- [especificar otros usos y divulgaciones afectadas por la ley estatal].

a menos que usted se oponga, también compartiremos información relevante acerca de su cuidado con cualquiera de sus representantes personales que están ayudando con el cuidado de los ojos. a su muerte, podemos divulgar a miembros de su familia o a otras personas que estuvieron involucrados en su cuidado o pago por el cuidado de la salud antes de la muerte (como su representante personal) información sobre su salud relevante para su participación en el cuidado de su a menos que ello es incompatible con las preferencias expresadas a nosotros antes de su muerte.

DETERMINADOS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Los siguientes son algunos usos específicos y divulgaciones no podemos hacer de la salud información sin su autorización:

Las actividades de marketing. Nosotros debemos obtener su autorización antes de usar o revelar cualquier información sobre su salud para fines de marketing a menos que tales comunicaciones de marketing toma la forma de comunicaciones cara a cara que podemos hacer con los individuos o los regalos promocionales de valor nominal que podemos proporcionar. Si tal comercialización implica pago financiero que nos de un tercero su autorización debe incluir también el consentimiento para dicho pago.

Venta de información de salud. Actualmente no vendamos o planea vender su información de salud y debemos buscar su autorización antes de hacer tan

Notas de psicoterapia. Aunque no crear o mantener notas de psicoterapia en nuestros pacientes, estamos obligados a notificarle que generalmente debemos obtener su autorización antes de usar o revelar cualquier tales notas.

SUS DERECHOS PARA PROPORCIONAR UNA AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

- Otros usos y divulgaciones de su información de salud que no están descritas en esta notificación se realizará solamente con su autorización por escrito.
- Puede darnos autorización lo que nos permite usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito.
- Obtendremos su autorización por escrito para usos y divulgaciones de su información de salud que no son identificadas en este aviso o no son otra manera permitieron por la ley.
- Estamos de acuerdo su petición para restringir la divulgación de su información médica a un plan de salud si la divulgación es con el fin de llevar a cabo las operaciones de pago o atención de salud y de lo contrario no es requerida por ley y dicha información se refiere únicamente a un cuidado de la salud artículo o servicio que usted ha pagado en total (o para que otra persona que no sea el plan de salud ha pagado en total en su nombre).

Cualquier autorización que usted nos proporciona con respecto al uso y divulgación de su información médica puede ser revocada por usted por escrito en cualquier momento. Después revoca su autorización, no usar o divulgar su información médica por las razones descritas en la autorización. Sin embargo, somos generalmente incapaces de retirar cualquier divulgación que hayamos cometido ya con su autorización. Nosotros podemos también deben divulgar su información médica según sea necesario para fines de pago por servicios recibidos por usted antes de la fecha usted revoca su autorización.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene muchos derechos con respecto a la confidencialidad de su información médica. Usted tiene el derecho:

- **Para solicitar restricciones sobre la información de salud podemos usar y divulgar para las operaciones de pago, tratamiento y cuidado de la salud.** Somos no es necesarios de acuerdo a estas solicitudes. Para solicitar restricciones, por favor enviarnos una solicitud por escrito a la siguiente dirección.
- **Para recibir comunicaciones confidenciales de información médica sobre usted en cualquier manera que se describe en el formulario de solicitud de autorización.** Debes hacer tales peticiones por escrito a la dirección indicada abajo. Sin embargo, nos reservamos el derecho a decidir si seremos capaces de continuar su tratamiento bajo tales autorizaciones restrictivas.
- **Para inspeccionar o copiar su información de salud.** Debe realizar dichas solicitudes por escrito a la dirección indicada abajo. Si usted solicita una copia de su información médica puede cobrarle una cuota por el costo de la copia, distribución u otros suministros. En ciertas circunstancias podemos negarle su petición para inspeccionar o copiar su información de salud, conforme a la ley aplicable.
- **Para modificar la información de la salud.** Si sientes que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Para solicitar una enmienda, usted debe escribir a nosotros en la dirección indicada abajo. También tiene que darnos una razón para apoyar su solicitud. Podemos negarle su petición para enmendar su información médica si no es por escrito o no proporciona una razón para apoyar su solicitud. También podemos negarle su solicitud si la información de salud:
 - no fue creada por nosotros, a menos que la persona que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda,
 - no forma parte de la información de salud mantenida por o para nosotros,
 - no es parte de la información que sería permitido para inspeccionar o copiar, o
 - es exacta y completa.
- **Para recibir un informe de divulgaciones de su información médica.** Debe realizar dichas solicitudes por escrito a la dirección indicada abajo. No toda información de salud está sujeto a esta solicitud. Su petición debe indicar un período de tiempo para la información que desea recibir, no más de 6 años antes de la fecha de su solicitud y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su petición debe indicar cómo le gustaría recibir el informe (papel, electrónicamente).
- **Para designar a otra persona para recibir información sobre su salud.** Si su solicitud de acceso de su información médica nos dirige a transmitir una copia de la información de salud directamente a otra persona la solicitud debe hacerse por usted por escrito a la siguiente dirección y debe identificar claramente al destinatario designado y dónde enviar la copia de la información de salud.

Persona de contacto:

Nuestra persona de contacto para todas las preguntas, peticiones o para más información relacionada con la privacidad de su información médica es:

Gail Hutchinson
Brandon Epperson

Reclamaciones:

Si crees que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información médica, usted es libre a quejarse a nosotros o a los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos, oficina de derechos civiles. No tallearemos contra usted si usted presenta una queja. Si desea quejarse a nosotros, enviar una queja por escrito a la persona contacto de oficina de la dirección, fax o correo electrónico que se muestra arriba. Si lo prefiere, usted puede discutir su queja en persona o por teléfono.

Cambios a este aviso:

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y aplicar las prácticas revisadas a información médica sobre usted que ya tenemos. Cualquier revisión a nuestras prácticas de privacidad se describirán en un aviso revisado que se publicará en un lugar destacado en nuestras instalaciones. Copias de este aviso también están disponibles a petición en nuestra recepción.