



Fecha _____

Información del Paciente

Apellido	Primer Nombre	e	Inicial	Otro
Nombre				
Fecha De Nacimiento	N	Numero de Seguro Social	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raza	<input type="checkbox"/> Black- Indio Americano / Hispano Asiático / Pacífico Blanco - Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Isleño nativo de Alaska no hispano	nohispano		
Dirección	Apt#	ciudad	estado	Código postal
Teléfono	Celular	Correo electrónico		
Estado de Empleo	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo	<input type="checkbox"/> No Empleado	<input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo
	<input type="checkbox"/> Retirado de Militar	<input type="checkbox"/> Nino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo
				<input type="checkbox"/> Estudiante medio tiempo
<input type="checkbox"/> discapacitado	<input type="checkbox"/> mantiene la casa	Trabajadores por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Retirado
				Otro <input type="checkbox"/>
Lugar de Empleo:	Teléfono de Empleo:			

Información del Medicos

Referido por Medico? SI NO

Medico Familiar: _____ SI, quien? _____

Optometrista: _____

Nombre de Farmacia: _____ Dirección de Farmacia: _____

¿A quien le agradecemos por referirlo?

Billboard / Edificio Amigo / Familiar Revista / Periódico Medico sitio web

directorio Medico / Yellow Pages Texto o correo electrónico Optometrista Radio Google

Social Media Aseguransa Televisión Otro _____

Información del financiamiento reponsable

relación del paciente Yo mismo (no más para llenar en esta parte) esposo(a) Padres

Otro _____

Apellido	Primer Nombre	e	Inicial
Nombre			
Fecha De Nacimiento	N	Numero de Seguro Social	
Dirección	Apt	Ciudad	estado
			Código postal
Teléfono	Celular	Correo electrónico	
Estado de Empleo	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo	<input type="checkbox"/> No Empleado
	<input type="checkbox"/> Retirado de Militar	<input type="checkbox"/> Nino	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo
			<input type="checkbox"/> Estudiante medio tiempo
<input type="checkbox"/> discapacitado	<input type="checkbox"/> mantiene la casa	Trabajadores por cuenta propia	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Retirado
			Otro <input type="checkbox"/>
Lugar de Empleo:	Teléfono de Empleo:		

Información de Aseguransa

Nombre de aseguransa de visión	Numero de I.D.	Numero de Grupoo
Suscriptor	Fecha De Nacimiento	relación del paciente
ApellidoPrimer Nombre		

Nombre de aseguranza medica principal

Numero de I.D.

Numero de Grupo

Suscriptor

ApellidoPrimer Nombre

Fecha De Nacimiento

relación del paciente

Nombre de aseguranza medica secundariaNumero

de I.D.

Numero de Grupoo

Suscriptor

ApellidoPrimer Nombre

Fecha De Nacimiento

relación del paciente

FAVOR DENOS LA INFORMACION DE SU ASEGURANZA ANTES DE SU EXAMEN

Firma de paciente o adulto responsable

Fecha

HISTORIA DE LOS OJOS

¿Fecha del último examen? ¿Donde?

Tiene licencia de conducir? SI NO

¿Usa lentes de contacto/anteojos? SÍ NO ¿Cuántos años los llevas?

¿Qué tipo de lentes de contacto usas? Soft Hard ¿Cuándo (si es que lo hiciste) dejaste de usarlos?

¿Ha tenido alguna cirugía ocular, tratamiento con láser o cualquier otro procedimiento ocular? SÍ NO
En caso afirmativo, ¿qué, ¿cuándo y dónde se realizó?

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY

¿Está experimentando actualmente, o ha experimentado, alguno de los siguientes? Rodea todo lo que corresponda.

Visión borrosa Sequedad Flotadores o manchas Destellos de luz Ardientes

Exceso de desgarro/riegoHalosSensibilidad a la luzDescarga

Infección ocularDolor de cabezaRedrede la visióndo visual dolor o picazón picazónSentido o arenoso

HISTORIAL MÉDICO

AlturaPeso

¿Estás embarazada? SÍ NO ¿Estás amamantando? SÍ NO

¿Fumas? ¿Consumo actual de tabaco? Actual Anterior Nunca

¿Quieres información sobre cómo dejar de fumar? SÍ NO

¿Consumes alcohol? SÍ NO ¿Cuánto?

¿Has tenido una caída en el último año? SÍ NO

¿Se ha vacunado contra la influenza?

SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía?

SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuándo?

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigencia: 10/14/2006 Fecha revisada: 05/03/2021

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACION. POR FAVOR REPASAR CUIDADOSAMENTE.

Su información de salud es personal, y estamos comprometidos a protegerla.

A los fines de este Aviso, "nosotros" se refiere a Walnut Hill Surgery Center, LLC, Mt. Pleasant Surgical Center, LLC, ASC Lone Tree LLC (d/b/a: ICON Surgery Center of Denver; ICON EYECARE), Swagel-Wootton Eye Center, Inc. (d/b/a: Swagel Wootton Eye Institute; Swagel/Wootton Eye Center; Swagel/Wootton/Hiatt Eye Center: Hiatt Eye Center), South Arlington Surgical Providers, Inc. (d/b/a: Same Day Surgicare), Day Surgery of Grand Junction, LLC (d/b/a: Day Surgery of Grand Junction; ICON EYECARE), Total Vision Eye Care Group, LLC (d/b/a: ICON EYECARE), Icon Eyecare Texas Operations, Inc., Arlington Ophthalmology Association, PLLC Group, PLLC, Dallas Eye Care Associates, PLLC (d/b/a: KE Eye Centers of Texas; ICON EYECARE), Minadeo Eye Center, PLLC (d/b/a: KE EYE Centers of Texas, ICON EYECARE), y SWH Optometry, PC has sido designadas como una entidad sola cubierta para la Regla de Privacidad de HIPAA con fines de cumplimiento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA (información de contacto abajo). Estamos obligados por ley a: mantener la Privacidad de su información de salud protegida, darle este aviso de nuestros deberes y prácticas de Privacidad con respecto a la información de salud sobre usted, y seguir los términos de nuestro aviso que esta actualmente en vigencia.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD:

Al siguiente se describen las formas en que podemos usar y divulgar información de salud que lo identifica a usted (Información de salud). Excepto por los siguientes propósitos, usaremos y divulgaremos información de salud solo con su permiso escrito. Usted puede revocar dicho permiso en cualquier momento, enviándonos un escrito e indicando que desea revocar el permiso que nos dio anteriormente.

Tratamiento. Podemos usar y divulgar información medica para su tratamiento y para proporcionarle servicios de atención medica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud a atención medica y necesitan la información para darle atención médica.

Pago. Podemos usar y divulgar información médica para que podamos facturar y recibir pagos de usted, compañías de seguros o terceros por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos darle la información de su plan de salud para que paguen por su tratamiento. Sin embargo, si usted paga por sus servicios usted mismo (por ejemplo, de su bolsillo y sin ninguna contribución o facturación de terceros), no divulgaremos información de salud a un plan de salud si nos instruye a no hacerlo.

Operaciones de atención de salud. Podemos usar y divulgar información de salud para fines de operación de atención de salud. Estos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información para coordinar la atención o actividades de mejora / aseguramiento de la calidad. Sujeto a la excepción anterior si usted mismo paga para los servicios que recibe podemos

todavía compartir su información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus operaciones de salud.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud.

Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Sin embargo, no le enviaremos comunicaciones sobre productos o servicios relacionados con la salud o no relacionados con la salud que estén subsidiados por un tercero sin su autorización.

Personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado. Cuando corresponda, podemos compartir información de salud con una persona que este involucrada en su atención médica o en el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad que ayude en un esfuerzo de ayuda en caso de desastres.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información de salud para investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación de la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con los que recibieron otro, por la misma condición. Antes de utilizar o divulgar la información de salud para la investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación. Incluso sin aprobación, podemos permitir que los investigadores examinen los registros para ayudarlos a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre que no eliminen ni tomen una copia de ninguna información de salud.

Recaudación de fondos y marketing. La información de salud se puede usar para las comunicaciones de recaudación de fondos, pero usted tiene el derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones. Excepto por las excepciones detalladas anteriormente, los usos y divulgaciones de información de salud con fines de comercialización, así como las divulgaciones que constituyen una venta de información de salud, requieren su autorización si recibimos una remuneración financiera de tercero a cambio de realizar la comunicación, y debemos aconsejarle que estamos recibiendo una remuneración.

Requerido por la ley. Divulgaremos información de salud cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona. Las divulgaciones, sin embargo, se harán solo a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Socios de negocio. Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni divulgar ninguna información que no sea especificada en nuestro contrato.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar información de salud a organizaciones que manejan la adquisición de órganos u otras entidades dedicadas a la adquisición; bancamiento o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación de órganos, ojos o tejidos; y trasplante.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud según lo requieran las autoridades militares. También podemos divulgar información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es miembro de un ejército extranjero.

Compensación de trabajadores. Podemos divulgar información de salud para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar nacimientos y muertes; denunciar abuso o negligencia infantil; informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre retiros de productos que pueden estar usando; una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas. Si esta involucrado en una demanda o una diputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información medica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la diputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada

Fuerza policial. Podemos divulgar información de salud si un oficial de ley nos lo solicita si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un delito, incluso si, en circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en una emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información de salud a los directores de funerarias según sea necesario para sus funciones.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el presidente y ortos. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.

Presos o individuos en custodia. Si usted está preso en una institución correccional o esta bajo la custodia de un agente del orden público, podemos divulgar información de salud a la divulgación institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Este sería necesario: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad de la institución correccional.

Otros usos. Otros usos y divulgaciones de información de salud que no se incluyen en este Aviso se pueden realizar solo con su autorización por escrito, y usted puede revocar en cualquier momento.

SUS DERECHOS: Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que tenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copia la información de salud que se puede usar para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, pero no notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información de salud, debe hacer su solicitud, por escrito, a nuestra oficina.

Derecho a enmendar. Si considera que la información de salud que tenemos es incorrecta o esta incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud, por escrito, a nuestra oficina.

Derecho a un informe de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de la información de salud para fines distintos al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, o para los cuales proporcione una autorización por escrito. Para solicitar un informe de divulgaciones, debe realizar su solicitud, por escrito, a nuestra oficina.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información de salud que utilizamos o divulgamos para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos a alguien involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. *Por ejemplo, puede solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento particular con su cónyuge.* Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud, por escrito, a nuestra oficina. **Nosotros no estamos obligados a aceptar todas esas solicitudes.** Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicación confidencial. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicación confidencial, debe hacer

su solicitud, por escrito, a nuestra oficina. Su solicitud debe especificar como o donde desea que nos comuniquemos con usted. Aceptaremos solicitudes razonables.

Derecho a una copia en papel de este aviso. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aun tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web www.iconlasik.com Para obtener una copia en papel de este aviso, solicítelo por escrito.

Derecho a registros electrónicos. Tiene derecho a recibir una copia de sus registros médicos electrónicos en formato electrónico.

Derecho a la notificación de una infracción de privacidad. Usted tiene derecho a que se le notifique si hay una infracción de privacidad, de modo que su información de salud se divulgue o utilice de forma incorrecta o de manera no segura.

CAMBIOS A ESTE AVISO: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el nuevo aviso se aplique a la información de salud que ya tenemos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina y se lo proporcionaremos cuando lo solicite. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página.

QUEJAS: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA llamando a (720) 442-0249 o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Usted no será penalizado por presentar una queja.

Confirmando haber recibido este Aviso.

Cuando corresponda, podemos compartir información de salud con una persona que este involucrada en su atención médica o en el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad que ayude en su salud. Por ejemplo, cuando una persona la acompaña a su cita.

¿Favor de nombrar las personas con quien compartir información de salud en respecto de tratamiento?

Nombre y relación al paciente:

¿Favor de nombrar las personas con quien compartir información de salud en respecto de pagos?

Nombre y relación al paciente:

¿Favor de nombrar las personas con quien compartir información de salud en respecto de una enfermedad o condición?

Nombre y relación al paciente:

EN CASO DE EMERGENCIA CON QUIEN NOTIFICAR

Apellido

Nombre

Relación al paciente

Dirección y calle

Numero de apartamento

Cuidad

Estado

Código postal

Revisé y acepto este Aviso de prácticas de privacidad.

Firma:

Fecha:

Si está firmado por un representante autorizado y no es paciente por si mismo, identifique la base de la autoridad: _____