

# Formulario demográfico del paciente

Por favor imprima

Fecha:

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apodo:	
Fecha de nacimiento: / /				
Número del Seguro Social:		Compañero de vida	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro	Otro idioma que no sea inglés			
Raza: <input type="checkbox"/> Negro - No hispano <input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco - No hispano <input type="checkbox"/> Otro				
Dirección de casa:	N.º de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa:	Teléfono celular:		Otro teléfono:	
Dirección de correo electrónico	Situación laboral	<input type="checkbox"/> Servicio militar Activo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Empleado a medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante a medio tiempo	<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro
Empleador	Teléfono del Empleador			

## INFORMACIÓN DE REFERENCIA DEL MÉDICO

Médico de Atención Primaria	Médico que remite	Optometrista
¿Cómo se enteró <input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Sitio web		
de nosotros? <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Feria de salud <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Noticias <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Páginas amarillas <input type="checkbox"/> Otro	Farmacia preferida _____	Teléfono de la farmacia _____

## INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE (GARANTE)

Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Yo mismo (salte a contacto de emergencia) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro				
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		
Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social			
Dirección de casa	N.º de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo		Otro teléfono	
Empleador	Situación laboral	<input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Empleado a medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono del empleador				

## EMERGENCIA/INFORMACIÓN DE CONTACTO DE UN FAMILIAR

Apellido	Nombre	Relación con el paciente		
Dirección	N.º de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo		Otro teléfono	
	<input type="checkbox"/> Celular			

## PRESENTE EN EL MOSTRADOR SU TARJETA DEL SEGURO

Firma del paciente/tutor

Fecha

# Historial de salud

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>Historial ocular</b>					
¿Usas lentes de contacto o anteojos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    ¿Cuántos años has usado lentes de contacto o anteojos?					
¿Qué tipo de lentes de contacto usas? <input type="checkbox"/> Blandos <input type="checkbox"/> Duros					
¿Has tenido alguna cirugía ocular, tratamiento con láser u otro procedimiento ocular? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, por favor enumera:					
<b>MOTIVO DE LA VISITA DE HOY:</b>					
¿Estás experimentando actualmente, o has experimentado, alguno de los siguientes síntomas? Selecciona todos los que correspondan.					
<input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Enrojecimiento <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/> Puntos flotantes o manchas <input type="checkbox"/> Destellos de luz <input type="checkbox"/> Infección ocular <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor o sensibilidad en los ojos <input type="checkbox"/> Secreción <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Sensación de arena o granos					
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS</b>					
Altura: _____		Peso: _____		¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    ¿Estás amamantando? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Fumas? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca		¿Usas tabaco? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Anteriormente <input type="checkbox"/> Nunca			
¿Te gustaría información sobre cómo dejar de fumar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿Consumes alcohol? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    ¿Cuánto?			¿Has tenido una caída en el último año? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Has recibido la vacuna contra la influenza? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			¿Has recibido la vacuna contra la neumonía? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
<b>Enumera todos los medicamentos que estás tomando, incluyendo los medicamentos para los ojos:</b>					
¿Eres alérgico/a a algún medicamento? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    En caso afirmativo, por favor enumera:					
<b>HISTORIAL QUIRÚRGICO:</b> Por favor, enumera cualquier cirugía que hayas tenido:					
<b>¿Tú y/o algún miembro de tu familia han experimentado o sido tratados por alguno de los siguientes problemas?</b>					
Condición	Paciente	Familia	Condición	Paciente	Familia
Cataratas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad/cardíaca/Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ojo desviado / Ojo vago	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Degeneración macular	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Glaucoma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cáncer	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
HBP (próstata agrandada)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otros:					

## **POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE**

Exigimos que todos los pacientes completen nuestra Política Financiera del Paciente antes de ver al médico y en cada visita anual posterior. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en la información del paciente (es decir, dirección, nombre, información del seguro, etc.)



**KLEIMAN | EVANGELISTA**  
EYE CENTERS OF TEXAS

## **SEGURO**

Autorizo el pago a Kleiman Evangelista Eye Centers of Texas y la divulgación de cualquier información necesaria para procesar mi pago de seguro. Es responsabilidad del paciente proporcionar a nuestra oficina información de seguro actualizada. Pediremos su tarjeta de seguro en cada visita y la copiaremos para nuestros registros. Si no se obtiene información actualizada o autorización de referencia en el momento de los servicios, será responsabilidad del paciente pagar el saldo completo. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, y de acuerdo con las obligaciones contractuales, presentamos sus reclamos en su nombre. Sin embargo, no nos involucraremos en disputas entre usted y su aseguradora. Esto incluye, entre otros, deducibles, copagos, cargos no cubiertos y cargos "habitual y razonable". Suministraremos información según sea necesario. Usted es en última instancia responsable del pago oportuno de su cuenta.

## **COPAGOS y REFRACTIVO**

Los copagos se deben pagar en el momento del servicio.

Tenemos una tarifa de oficina para refracciones que se recoge en el momento del servicio. La tarifa de refracción se suma a cualquier copago que su plan de seguro pueda requerir. No presentamos el cargo por una refracción con ningún plan de seguro, ya que no lo cubren.

## **DEDUCIBLES y COASEGURO y ESTIMACIONES para TODOS los procedimientos:**

Los saldos relacionados con deducibles no cubiertos y estimaciones de coaseguro, según el contrato que tenga con su seguro, deben pagarse en el momento del servicio. Para todos los procedimientos, se le proporcionará una estimación de la responsabilidad del paciente y se pagará en su totalidad ANTES de que se realicen los servicios. Los saldos adicionales adeudados, si corresponde, se le facturarán después de que la aseguradora haya procesado el reclamo. Si la compañía de seguros de salud mencionada niega el pago a Kleiman Evangelista Eye Centers of Texas porque ya no estoy asegurado, acepto pagar todos los servicios médicos proporcionados. Seré responsable de todos los copagos, coaseguros y deducibles determinados por mi compañía de seguros.

## **SALDOS PAGADOS / PENDIENTES**

Entiendo que soy responsable de todos los costos si mi cuenta se envía a una agencia de cobro externa, incluidos los honorarios de cobro del 30%, todos los honorarios de abogados y los costos judiciales. Entiendo que cualquier saldo impago podría ser evaluado con un interés al tipo del 18.00% (1.5% mensual). Por la presente autorizo a este proveedor y a sus empleados, agentes y cesionarios a contactarme por teléfono, mensajes de texto, correo electrónico y Sistemas de Marcación Telefónica Automatizada (ATDS). Consiento y autorizo a su oficina o instalación a realizar llamadas y / o enviar mensajes que contengan información importante sobre mi cuenta, incluida información de marketing y notificaciones de vencimientos a través de un sistema de marcación telefónica automatizada. Solicitamos que el pago completo se realice en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos a través de la oficina de facturación. Si su compañía de seguros no ha pagado el saldo completo, recibirá una declaración que le notificará el monto adeudado. Puede llamar a nuestra oficina de facturación al 817-381-1166 o [billing@keec.com](mailto:billing@keec.com) para establecer arreglos de pago si es necesario. Cualquier saldo vencido puede considerarse para una actividad adicional de cobro.

## **CHEQUES DEVUELTOS**

El cargo por un cheque devuelto es de \$25.00 pagadero en efectivo, giro postal o cargo (no se aceptan cheques). Esto se aplicará a su cuenta además del monto de fondos insuficientes.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (este "Aviso") describe cómo EVP EyeCare y los miembros de su Entidad Cubierta Afiliada ("nosotros" o "nuestro") pueden usar o divulgar su información de salud protegida. Una Entidad Cubierta Afiliada es un grupo de proveedores de atención médica bajo propiedad o control común que se designa a sí mismo como una sola entidad para fines de cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y sus regulaciones complementarias (colectivamente, "HIPAA"). Para obtener una lista de los proveedores de atención médica en nuestra Entidad Cubierta Afiliada, consulte la versión en línea del documento de Entidad Cubierta Afiliada de EVP EyeCare, o pregunte a la recepcionista en su respectiva ubicación de EVP.

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

**Como se describe a continuación, su información de salud puede ser utilizada y divulgada para tratarlo, para obtener el pago por los servicios prestados y para llevar a cabo "operaciones de atención médica":**

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

### **OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS Y REQUERIDOS QUE PUEDEN REALIZARSE SIN SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN O OPORTUNIDAD DE OBJECCIÓN:**

*Podemos utilizar o divulgar su PHI en las siguientes situaciones sin su consentimiento, autorización o oportunidad de objeción:*

**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 está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, 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.

#### **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO:**

Otros usos y divulgaciones de Información de Salud que no estén contenidos en este Aviso o requeridos por la ley solo pueden realizarse con su autorización por escrito. Por ejemplo, la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, el uso o divulgación de PHI con fines de marketing, cualquier uso o divulgación de PHI que constituya una venta de esa información, y usos y divulgaciones distintos a los descritos en este Aviso, requieren su autorización. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que hayamos tomado una acción confiando en el uso o divulgación indicado en la autorización previa.

**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](http://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.

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES:** Nuestras responsabilidades incluyen lo siguiente:

**Mantener la Privacidad de la Información de Salud.** Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su Información de Salud.

**Aviso de Prácticas de Privacidad.** Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.

**Notificación de Violaciones.** Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su Información de Salud.

**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.

**Por favor, enumere con quién podemos discutir su tratamiento y diagnóstico:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Por favor, enumere con quién podemos discutir cualquier pregunta financiera:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Reconozco haber recibido este Aviso.**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha