

INFORMACION DEL PACIENTE

(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

FECHA ____/____/____ DOCTOR _____ EXPEDIENTE NO _____

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE) _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO (____)-____-_____

SEGURO SOCIAL ____ - ____ - _____ SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

FECHA DE NACIMIENTO (MES) ____/____/____ (DIA) ____/____/____ (ANO) _____ EDAD _____

DOCTOR DE CABECERA Y/O CUIDADOS PRIMARIOS _____

ENVIADO A NEURO-OPH. DE TX POR: DOCTOR _____ OPTOMETRISTA _____ OTRO _____

NOMBRE _____ TELEFONO (____)-____-_____

PARIENTE CERCANO _____ TELEFONO (____)-____-_____

NOMBRE DE SU PAREJA (APELLIDO, NOMBRE) _____

EMPRESA _____ PUESTO _____ TELEFONO (____)-____-_____

POLIZA DE PAGO: Se acostumbra pagar por servicios profesionales al recibirlos. Para su conveniencia aceptamos tarjetas de crédito, cheques y dinero en efectivo.

ASEGURANZA: Favor de leer y firmar abajo si usted tiene aseguranza con HMO/PPO/POS, agencia estatal o compensacion del trabajo. Asegúrese que el doctor que usted va a ver este contratado por su compañía de seguros. Presente la tarjeta de su seguro junto con los papeles de autorización a la recepcionista.

MEDICO / QUIRURGICOS Y ENTREGA DE INFORMACION: Yo doy autorización a mi compania de seguro para pagar por el servicio prestado a mi persona por Neuro-Oph. de TX, por los servicios medico-quirúrgicos no pagados hechos ahora o en el futuro.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Durante su vista se le puede realizar un estudio de refracción.
ADVERTENCIA: Esto es un servicio no cubierto por la mayoría de los seguros. El procedimiento de cualquier servicio recibido **NO GARANTIZA PAGO** de su seguro (Usted será responsable por el pago de estos servicios).

El contenido de este documento permanecerá vigente hasta no ser cancelado por usted, por escrito.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

BELLAIRE EYE CARE

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION LIBERACION DE HISTORIA MEDICA

- POR FAVOR ESCRIBA con CLARIDAD-

Nombre del paciente: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL

Direccion : _____
CALLE CIUDAD
ESTADO CODIGO ZIP

TELEFONO: (_____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Historia Médica#: _____

Yo autorizo _____ a liberar información médica de mi historia médica a :

BELLAIRE EYE CARE

DIRECCION POSTAL:

2617 C WEST HOLCOMBE BLVD #575

HOUSTON, TEXAS 77025

TELEFONO: 713 942-2187 ó 409-740-3836

FAX: 713 942-0265 OR 409-741-2850

PARA PROPOSITOS DE REVISION/ EXAMEN Y OTROS AUTORIZO A FACILITAR TANTAS COPIAS COMO SEAN REQUERIDAS DE AQUÍ EN ADELANTE. LO QUE ANTECEDE ESTA SUJETO A TALES LIMITACIONES COMO SE INDICA DEBAJO :

- HISTORIA COMPLETA
 INFORMACION ESPECIFICA: _____
 HISTORIAS ANTIGUAS DE MEDICOS ANTERIORES

DOY ESPECIAL PERMISO A LIBERAR CUALQUIER INFORMACION RELACIONADA CON :

[INICIAL EN LA LINEA(S) ABAJO QUE USTED NOS OTORGA SU PERMISO A LIBERAR INFORMACION A LOS ANTES MENCIONADOS]

_____ ABUSO DE SUBSTANCIA

_____ INFORMACION DE SALUD MENTAL / PSIQUIATRICA

_____ INFORMACION SOBRE SIDA / HIV

LA PRESENTE AUTORIZACION AUTOMATICAMENTE EXPIRARA AL CUMPLIRSE UN AÑO DE LA FECHA DE LA FIRMA .
COMPRENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO EXCEPTO CUANDO SE HAYA ACTUADO BASANDOSE EN SU AUTORIZACION.

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____

FIRMA (SI NO ES EL PACIENTE MENCIONE LA RELACION)

TESTIGO

BELLAIRE EYE CARE

PERMISO PARA DEJAR UN MENSAJE

Doy mi permiso para que el personal de *BELLAIRE EYE CARE* pueda dejar mensajes relacionados con el trabajo de laboratorio, resultados de biopsia, medicación ó cualquier otra información médica relacionada con mi condición en lo siguiente:

✓ HAGA UN CHECK EN TODO LO QUE SE APLICA

_____ Máquina contestadora del hogar
Teléfono #: _____

_____ Mensaje de Voz del trabajo ó contestadora
Teléfono #: _____

_____ miembro de Familia (por favor haga un circulo):
esposo/a hijos padres hermano hermana

Nombre: _____ Teléfono #: _____

_____ Empleada del hogar o Niñera
Teléfono #: _____

_____ Secretaria
Teléfono #: _____

NOMBRE DEL PACIENTE : _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR : _____

FECHA: _____

BELLAIRE EYE CARE

IMPORTANTE
AVISO PARA EL PACIENTE

EL PAGO POR TODOS LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS SON DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.

BELLAIRE EYE CARE REMITIRA RECLAMOS AL ASEGURADOR DEL PACIENTE SOLO POR **CORTESIA**.

SI NO ES PRONTAMENTE PAGADO POR EL ASEGURADOR , EL PAGO SERA BUSCADO DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE .

CUALQUIER MONTO *NO PAGADO* POR LA ASEGURADORA DEL PACIENTE ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR .

FIRMA

FECHA

BELLAIRE EYE CARE

RENUNCIA DE PRIVACIDAD DE FAX

Entiendo que mi historia médica puede ser transmitida electronicamente por fax y puede ser recibida por error por una tercera persona. En el caso de que ésto ocurra yo absuelvo a BELLAIRE EYE CARE de toda responsabilidad. Doy mi consentimiento de que faxeen mi historia para propósitos de tratamiento,pago y operaciones de salud y entiendo que puedo retirar éste consentimiento por escrito en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

FECHA

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

BELLAIRE EYE CARE

**ACUSE DE RECIBO DEL
AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE :**

BELLAIRE EYE CARE

Mediante la firma de este documento , reconosco haber recibido una copia del aviso sobre las Prácticas de Privacidad de BELLAIRE EYE CARE.

NOMBRE (IMPRESA)

FIRMA

FECHA

PARA USO EXCLUSIVO DE BELLAIRE EYE CARE

FECHA DE RECIBO DEL AVISO : _____

-O-

MOTIVO POR EL CUAL EL AVISO **NO FUE** OBTENIDO:

BELLAIRE EYE CARE

AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PODRA SER UTILIZADA Y REVELADA Y DE QUE MANERA PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION . POR FAVOR REVISELO CIUDADOSAMENTE .

BELLAIRE EYE CARE utiliza la información sobre su salud para tratamientos, para obtener pagos por tratamientos , para propósitos administrativos, y para evaluar la calidad de la atención que usted recibe. La información sobre su salud esta contenida en una historia médica que es la propiedad física de The University Eye Institute , (Instituto de Ojos de la Universidad).

Como BELLAIRE EYE CARE Puede Utilizar o Revelar la información sobre su salud

Para Tratamientos. BELLAIRE EYE CARE puede utilizar la información sobre su salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo , información obtenida por un proveedor de salud , tal como un Optometrista, un médico, enfermera o cualquier otra persona que le este brindando el servicio de salud, podrá guardar información en su historia médica relacionada con su tratamiento. Esa información es necesaria para que los proveedores de servicios de salud determinen que tratamiento debe usted recibir. Los proveedores de salud también llevarán un record referente a las acciones tomadas por ellos en el transcurso de su tratamiento y anotarán como respondió usted a dichas acciones. Si ha sido usted referido a nuestras instalaciones por un proveedor de salud fuera de BELLAIRE EYE CARE, ese doctor que lo refirió podría haber enviado información sobre usted con anticipación para apoyar en su tratamiento. Nosotros le proveeremos al doctor que lo refirió copias de su historia o reportes que lo ayudarán a él/ella en su tratamiento y el cuidado de su salud después que haya usted completado su evaluación en nuestras instalaciones.

Para pagos. BELLAIRE EYE CARE podrá usar y revelar información sobre su salud a otros con el propósito de recibir un pago por el tratamiento y servicios de salud recibidos por usted. Por ejemplo , una cuenta puede ser enviada a usted o a un tercer pagador , tal como una compañía de seguros o un plan de salud. La información en la cuenta podría contener información que lo identifique a usted , a su diagnóstico y su tratamiento, o los insumos utilizados en el transcurso de su tratamiento.

Para Actividades del Servicio de Salud. BELLAIRE EYE CARE podrá usar y revelar información sobre su salud para propósitos operativos. Por ejemplo, su información de salud puede ser revelada a miembros del staff médico, al personal de mejoramiento del riesgo y calidad y a otros para :

- evaluar el desempeño de nuestro staff;
- evaluar la calidad del cuidado y resultados en su caso y casos similares ;
- saber como mejorar nuestras instalaciones y servicios ; y
- determinar como mejorar continuamente la calidad y efectividad del servicio de salud que brindamos.

Consultas. BELLAIRE EYE CARE puede usar su información para proveerlo de recordatorios de consulta , de información sobre tratamientos alternativos ó de cualquier otro beneficio y servicio relacionado con la salud que pudiera interesarlo. Usted ó un miembro de su familia pueden ser contactados por correo y/ó teléfono al número que usted ha facilitado para recordarle la proximidad de una consulta .

Notificación. BELLAIRE EYE CARE puede usar y revelar información para notificarlo o ayudar a notificar a un miembro de su familia, representante personal o cualquier otra persona responsable del cuidado de su condición general. Tiene el derecho de restringir a quien le revelamos información referente a usted.

Marketing. BELLAIRE EYE CARE en concordancia con las restricciones, tanto Federal como Estatal, no puede revelar información sobre su salud a una tercera parte para propósitos de marketing , al menos que se haya obtenido de ante mano una autorización suya para hacer esto. Sin embargo, BELLAIRE EYE CARE puede directamente ofrecerselo "cara a cara" o por correo para oportunidades de investigación, servicios, procedimientos, o materiales ofrecidos por BELLAIRE EYE CARE que puedan ser de su beneficio. Si usted no desea recibir esta información, tiene el derecho de ser removido de nuestra lista de correos.

Requerido por Ley. BELLAIRE EYE CARE puede usar y revelar información sobre usted tál como lo requiere la Ley. Por ejemplo, BELLAIRE EYE CARE puede revelar información para los siguientes propósitos :

- para procedimientos judiciales y administrativos seguidos por la autoridad legal ;
- para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia domestica; y
- ayudar a los oficiales de la ley con sus obligaciones en la aplicación de la ley;

Salud Pública . su información de salud podrá ser usada ó revelada para actividades de salud pública táles como ayudar a las autoridades de la salud pública ó cualquier otra autoridad legal a prevenir o controlar enfermedades, heridas, discapacidad, ó cualquier otra actividad de supervisión del servicio de salud.

Decedents. Información de salud puede ser revelada a los directores funerarios ó forences para permitirles llevar a cabo su deberes legales .

Investigacion. BELLAIRE EYE CARE puede usar su información de salud para propósitos de investigación cuando una junta de revisión institucional, o junta privada que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud hayan aprobado la investigación. Usted puede ser contactado por teléfono ó por correo solicitandole participar en estudios específicos en Neuro-Eye Diagnostic, P.A. ó recibir información general referente a oportunidades de investigación .

Salud y Seguridad. La información sobre su salud puede ser revelada al advertir una seria amenaza para su salud , su seguridad o de cualquier otra persona de acuerdo a la ley vigente .

Funciones Gubernamentales. La información sobre su salud puede ser revelada para funciones gubernamentales especializadas táles como la protección de oficiales públicos ó reportar a las diversas ramas de los servicios armados.

Compensacion Laboral. Su información de salud puede ser usada ó revelada con la finalidad de cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación Laboral .

Otros usos. Otros usos y revelaciones serán hechas sólo con su autorización escrita y puede revocar la autorización excepto en la medida en que BELLAIRE EYE CARE ya haya actuado basandose en su autorización .

Sus Derechos sobre su Información de Salud

Usted tiene el derecho a :

- solicitar una restricción en ciertos usos y revelaciones de su información como está previsto en 45 C.F.R. §164.522; sin embargo, BELLAIRE EYE CARE no requiere estar de acuerdo con una restricción solicitada;
- obtener una copia en papel del aviso de informacion sobre las practicas de privacidad a solicitud;
- inspeccionar y obtener una copia de su historia médica como está previsto en 45 C.F.R. §164.524;
- solicitar que su historia médica sea corregida tál como esta previsto en 45 C.F.R. §164.526;
- solicitar comunicaciones sobre su información de salud por medios alternativos o lugares alternativos ; y
- recibir una relación de las revelaciones hechas sobre su informacion de salud como está previsto por 45 C.F.R. §164.528.

Quejas

Usted puede quejarse a BELLAIRE EYE CARE y al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Oficina de Derechos Civiles) si usted cree que su privacidad ha sido violada . Usted no será objeto de represalia si emite una queja.

Obligaciones de BELLAIRE EYE CARE

BELLAIRE EYE CARE es requerida por ley a :

- mantener la privacidad de la información de salud protegida ;
- proveerlo de este aviso sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud ;
- Cumplir con los terminos de este aviso ;
- notificarlo si no podemos estar de acuerdo con una solicitud de restriccion, sobre la manera en que su información es usada y revelada;
- acomodar solicitudes rasonables que pueda haber realizado para comunicar información sobre su salud por medios alternativos ó en lugares alternativos; y

BELLAIRE EYE CARE se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de información y hacer que las nuevas previsiones sean efectivas para toda la información de salud protegida que ella guarda. Estarán disponibles para usted avisos revisados en su próxima visita.

Contacto

Si tiene alguna pregunta ó queja por favor comuniquese con :

Oficial de Privacidad

BELLAIRE EYE CARE

Houston, Texas

Oficina: 713-942-2187