



BARSTOW

500 E. Mountain View St.
Barstow, CA 92311

EASTVALE

12442 Limonite Ave., Suite 200
Eastvale CA 91752

HESPERIA

11959 Mariposa Rd.
Hesperia, CA 92345

RANCHO CUCAMONGA

8112 Milliken Ave., Suite 203
Rancho Cucamonga, CA 91730

TEMECULA

41877 Enterprise Circle N., Suite 110
Temecula, CA 92590

UPLAND

555 & 591 North 13th Ave.
Upland, CA 91786

PacificEyeMD.com

Phone: 909-982-8846

F: 909-949-3967

ADDITIONAL LOCATIONS

INLAND EYE INSTITUTE

A Division of Pacific Eye Institute

COLTON

*General Ophthalmology and Surgery**

1900 E. Washington Street

Colton, CA 92324

Phone: (909) 825-3425

Fax: (909) 825-4778

RANCHO CUCAMONGA

Dedicated LASIK Center

9481 Haven Ave., Suite 200

Rancho Cucamonga, CA 91730

Phone: (909) 937-9230

Fax: (909) 937-9238

¡Gracias por elegir Pacific Eye Institute!

Se adjuntan los documentos de paciente nuevo. Complete esta información antes de la cita.

Recuerde traer una lista de los medicamentos que consume actualmente y la tarjeta del seguro médico.

Si tiene un poder notarial, traiga una copia para archivar junto con su historia clínica.

La cita de paciente nuevo tardará unas dos horas y se le dilatarán las pupilas. Cuenten con un conductor.

Esperamos verlo el:

en nuestro _____

con el Dr. _____

Si tiene alguna duda, no dude en llamar por teléfono a nuestros consultorios.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha de hoy _____ N.º de cuenta _____

Paciente _____

Apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Dirección _____

Ciudad y estado _____ Cód. postal _____

Móvil (____) _____ Teléfono fijo (____) _____ Estado civil _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre Mujer N.º de seguro social # _____

N.º de licencia de conducir _____ Correo electrónico _____

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latinoRaza: Amerindio/nativo de Alaska Asiático Afroamericano/negro Blanco Nativo de Hawái u habitante de otra isla del PacíficoCada tanto, ¿podemos enviarle información por correo electrónico? SÍ NO

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____ Teléfono _____

FARMACIA:

Nombre _____ Teléfono _____

PERSONA RESPONSABLE que no sea el paciente:

Nombre _____ N.º de seguro social _____

Dirección _____ N.º de licencia de conducir _____

Empleador _____ Teléfono _____

ACCIDENTE:¿Industrial/laboral? SÍ NO ¿Automovilístico? SÍ NO¿Ingresó por la sala de urgencias? SÍ NO ¿Otro accidente? SÍ _____

Fecha de la lesión _____ ¿Se le notificó al empleador? _____ ¿Se le notificó a la compañía de seguros? _____

¿CÓMO LLEGÓ A ESTE CONSULTORIO? Internet Amigo/paciente Otro (especificar) _____

Médico/optometrista: _____

Nombre

Dirección

Médico de atención primaria _____ Grupo médico referente _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO: (Adjuntar copia de tarjetas)**(1) Compañía de seguro PRIMARIA:** _____ Grupo/n.º de póliza _____

Titular de la póliza _____ N.º de ident./miembro _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ Titular de la póliza Hombre Mujer

Relación del paciente con el titular de la póliza _____

(2) Compañía de seguro SECUNDARIA:

Compañía de seguro _____ Grupo/n.º de póliza _____

Titular de la póliza _____ N.º de ident./miembro _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ Titular de la póliza Hombre Mujer

Relación del paciente con el titular de la póliza _____

Cuestionario de antecedentes médicos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Corrección visual: ¿Usa gafas? No Sí ¿Usa lentes de contacto? No Sí

Motivo(s) de la visita: En sus propias palabras, describa el motivo de su visita hoy:

Preguntas de función visual: Marque si usted presenta dificultad con alguna de las siguientes opciones:

No	Sí		No	Sí	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leer letra pequeña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ver televisión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leer señales de tránsito o letreros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducir de noche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducir con luz intensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ver peldaños, bordillos o escaleras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resplandor o halo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moscas volantes o fotopsias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de sequedad, de presencia de arena o de picazón, o enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:

Alergias: Indique todas las alergias a medicamentos (incluso medio de contraste intravenoso y anestesia) y a factores ambientales (incluso alergias estacionales, alimenticias y al látex) o indique SIN ALERGIAS CONOCIDAS.

Alergia	Reacción	Alergia	Reacción

Medicamentos actuales: Indique todos los medicamentos recetados actuales (incluso colirio y cannabis medicinal), medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos o indique SIN MEDICAMENTOS.

Nombre	Dosis	Frecuencia	Nombre	Dosis	Frecuencia

Revisión de síntomas: Marque si usted presenta alguno de los siguientes:

N	S	General	N	S	Cardiovascular	N	S	Endocrino	N	S	Tegumentario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor/presión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latido irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarpullido

N	S	Cabeza, ojos y ORL	N	S	Digestivo	N	S	Neurológico	N	S	Óseomuscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida del equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento/diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidez articular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los senos paranasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular

N	S	Respiratorio	N	S	Genitourinario	N	S	Psiquiátrico	N	S	Hematológico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de ánimo deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardenales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios dolorosos con las palpaciones

Altura actual: _____ Peso actual: _____

Antecedentes oculares y quirúrgicos: Marque si usted ha recibido tratamiento (incluso colirio y cannabis medicinal) o se ha sometido a cirugía por alguna de las siguientes afecciones (indique el tipo):

No	Sí		No	Sí	
		Cataratas:			Córnea:
		Glaucoma:			LASIK:
		Cirugía plástica ocular:			Retina:
		Otro:			Otro:

Antecedentes médicos personales y familiares: Marque si usted o un familiar presenta o presentó alguno de los siguientes o indique

SIN ANTECEDENTES PERSONALES RELEVANTES SIN ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES.

	Yo	Madre	Padre	Hermana	Hermano
Alergias					
Ansiedad					
Trastorno autoinmunitario (indique el tipo)					
Ceguera					
Cáncer (indique el tipo)					
Cataratas					
Enfermedad de la córnea					
Diabetes (indique el tipo)					
Depresión					
Glaucoma					
Cardiopatía					
Hipertensión arterial					
Colesterol alto					
Amблиopía					
Degeneración macular					
Jaqueca					
Enfermedad de la retina					
Convulsiones					
Apoplejía					
Trastorno de la tiroides					
Otro:					
Otro:					

Mujeres: ¿Está embarazada? No Sí

¿Está amamantando? No Sí

Antecedentes sociales

¿Alguna vez fumó? No Sí - En caso de responder afirmativamente: En el pasado Actualmente todos los días Actualmente algunos días

Producto de tabaco: Cigarrillo Puro Pipa Rapé/mascada Tabaco sin humo Otro: _____

¿Consumo alcohol? No Sí - En caso de responder afirmativamente: _____ bebidas por Día Semana Mes Año

¿Bebe o consume cafeína? No Sí - En caso de responder afirmativamente: Café Bebidas energizantes Refrescos Comprimidos

Profesión: _____ Estado: Jornada completa Media jornada Jubilado/Otro



POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenido y gracias por elegirnos como proveedor de atención oftalmológica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención y servicio.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Usted es responsable del pago de todos los cargos relacionados con la consulta. Por cortesía, y para su comodidad, le facturaremos a la compañía de seguro cuando usted nos haya proporcionado toda la información solicitada sobre el seguro. Usted es responsable de los deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos en el momento en que se presten los servicios. Si tiene dudas sobre su cobertura, comuníquese con la compañía de seguro. Si prefiere no facturar al seguro médico por la atención médica brindada, se entiende que asume la responsabilidad financiera de todos los cargos.

MODALIDAD DE PAGO: Aceptamos dinero en efectivo, cheque, Visa, MasterCard y American Express, Discover y CareCredit.

FACTURACIÓN A PACIENTES: A los pacientes que tienen saldos pendientes se les factura de manera mensual. Todos los saldos son pagaderos en el plazo de 30 días desde la fecha de facturación. Todos los saldos pendientes deben pagarse antes de que se presten futuros servicios.

CHEQUES DEVUELTOS: Se cobra una tarifa de \$25,00 por todos los cheques devueltos.

Comprendo con claridad y acepto las disposiciones de esta política financiera:

Nombre del paciente: _____

Firma de la parte responsable: _____

Fecha: _____

*Presente la licencia de conducir e información del seguro médico en recepción.

Firma registrada, asignación de beneficios y acuerdo financiero

Nombre del beneficiario (en imprenta)

Ident. de Medicare o del seguro médico

1. MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se haga a Pacific Eye Institute en mi nombre, por los servicios que Pacific Eye Institute me provea. Autorizo a cualquier persona que posea información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que el pago se haga y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reembolso. Si en la casilla 9 del formulario CMS-1500 o en alguna otra parte de los formularios de reembolso aprobados se especifica otro seguro médico, mi firma autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia indicada. Pacific Eye Institute acepta el cálculo de cargos del proveedor de Medicare como el cargo completo, y yo soy responsable solo del deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en el cálculo de cargos del proveedor de Medicare.

2. MEDIGAP: Entiendo que si en la casilla 9 del formulario CMS-1500 o en alguna otra parte de los formularios de reembolso aprobados se especifica una póliza de MediGap u otro seguro médico, mi firma autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia indicada. Solicito que el pago de beneficios autorizados del seguro médico secundario se haga a Pacific Eye Institute en mi nombre, si fuera posible o, de lo contrario, a mí.

3. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Pacific Eye Institute puede revelar toda o parte de mi historia clínica y/o historial financiero, incluso información sobre alcoholismo o farmacodependencia, enfermedad psiquiátrica, enfermedad contagiosa o VIH a (1) cualquier persona o compañía que sea o pudiera ser responsable bajo contrato ante Pacific Eye Institute del reembolso de servicios prestados y (2) cualquier proveedor de atención médica para atención médica continua. Pacific Eye Institute también puede revelar de forma anónima cualquier información sobre mi caso que sea necesaria o apropiada para el avance de la ciencia médica, educación médica, investigación médica o para la recolección de datos estadísticos o relevantes a la ley estatal o federal, estatuto o reglamento. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar de su original.

4. OTROS SEGUROS: Entiendo que Pacific Eye Institute conserva una lista de planes de servicios de atención médica que contrata. Hay una lista de dichos planes en la oficina administrativa y Pacific Eye Institute no celebra contratos, expresos o implícitos, con ningún plan que no aparezca en la lista. El abajo firmante acepta que soy el único responsable de pagar la totalidad de los cargos por todos los servicios que Pacific Eye Institute me provea si pertenezco a un plan que no esté en la lista anteriormente mencionada.

5. SERVICIOS NO CUBIERTOS: Entiendo que los contratos de Pacific Eye Institute con planes de servicios de atención médica (es decir, organizaciones del mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos) están relacionados solo con artículos y servicios cubiertos por los planes de servicios de atención médica. Por consiguiente, el abajo firmante acepta la responsabilidad financiera total de todos los artículos o servicios que los planes de servicios de atención médica determinen que no están cubiertos. Ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con el plan de servicios de atención médica o en el resumen de beneficios que el plan de servicios de atención médica le entregue al paciente, y tratamientos o pruebas no autorizadas por el plan de servicios de atención médica. El abajo firmante acepta cooperar con Pacific Eye Institute para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de atención médica.

6. ACUERDO FINANCIERO: Acepto que, a cambio de los servicios proporcionados al paciente por parte de Pacific Eye Institute, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré acuerdos financieros satisfactorios para Pacific Eye Institute correspondientes al pago. Si se envía una cuenta a un abogado para su cobro, acepto pagar los gastos de cobro y honorarios de abogado razonables según lo determine un tribunal y no un jurado en cualquier acción judicial. Entiendo y acepto que, si mi cuenta se atrasa, se me pueden cobrar intereses según la tasa legal. Cualquier beneficio de cualquier tipo, bajo cualquier póliza de seguro médico que cubra al paciente o cualquier otra persona responsable ante el paciente, se le asigna por medio del presente a Pacific Eye Institute. Si mi compañía de seguro o plan de salud designan copagos o deducibles, acepto pagarlos a Pacific Eye Institute. *Sin embargo, queda entendido que el abajo firmante o paciente es el principal responsable por el pago de mi factura.*

X

Firma del beneficiario o parte autorizada

Fecha

Autorización para divulgar información

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad brinda información sobre la manera en que podemos usar y divulgar su Información Médica Confidencial (Protected Health Information, PHI). El aviso incluye una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este acuse de recibo. Los términos de nuestro aviso podrían modificarse. Si modificamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada si se comunica con nuestro consultorio.

Tiene derecho a solicitar que limitemos el modo en que usamos o divulgamos su información médica confidencial para realizar tratamientos, pagos o actividades de atención médica. La ley no exige a Pacific Eye Institute, que acepte esta restricción; sin embargo, si lo hacemos, debemos cumplirla.

Al firmar este formulario, nos autoriza a usar y divulgar su Información Médica Confidencial (PHI) para realizar tratamientos, pagos o actividades de atención médica. Tiene derecho a anular este acuse de recibo por escrito y firmado por usted. Sin embargo, dicha anulación no deberá afectar las divulgaciones que ya se hayan hecho de conformidad con el acuse de recibo anterior. Pacific Eye Institute, suministra este formulario para cumplir con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

Propósito de la autorización: La política de este consultorio es mantener la comunicación con los pacientes, tal como lo indica nuestro Aviso de Prácticas Privadas: "por teléfono u otros medios que nos indique para informarle sobre los resultados de los exámenes y pruebas, así como proporcionarle información que describa o recomiende alternativas para su atención". La consulta requiere la siguiente autorización para la divulgación de Información Médica Protegida (PHI) a través de medios alternativos (diferentes al número principal de residencia que ha suministrado).

Autorizo al consultorio a divulgar o suministrarme la PHI como se describe a continuación. Entiendo que es mi responsabilidad informar al consultorio cualquier cambio en este modo de comunicación y que cualquier divulgación que se realice a la dirección o número que yo haya indicado estará sujeta a la declaración de divulgación posterior que se incluye en esta autorización.

Celular: _____ Correo electrónico: _____
 Fax: _____ Teléfono: _____
 Correo en EE.UU.: _____ (dirección)

Descripción de la información a divulgar: Autorizo al consultorio a divulgar la siguiente PHI sobre mí. (Describa por escrito la información a divulgar):

Vencimiento o finalización de la autorización: Esta autorización se renovará de manera automática, a menos que especifique su finalización previa. En caso de que especifique una fecha de vencimiento, entiendo que debo entregar una nueva autorización para continuarla después de la fecha indicada. (Indique la fecha de vencimiento deseada):

La Información Médica Confidencial (PHI) también puede divulgarse a las siguientes personas:

Este acuse de recibo fue firmado por: _____
Firma

Escriba el nombre de quien firma el formulario en letra de imprenta: _____
Relación con el paciente (si no es el paciente): _____
Fecha: _____

Ante la presencia de: _____
Nombre en letra de imprenta del Representante del Centro Médico



Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. Léalo con atención.

Si tiene alguna duda sobre este Aviso, comuníquese con la responsable de privacidad, Elvita Grigoryan, Gerente de Cumplimiento Regional: (909) 982-8846. Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003; revisado: 21 de enero de 2020.

Estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información médica personal (PHI, personal health information).

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso) describe cómo posiblemente usemos en nuestro centro médico o nuestra red y revelemos (compartamos fuera de nuestro centro médico o nuestra red) su PHI para realizar tratamientos, pagos o actividades de atención médica. Es posible que también compartamos la información con otros fines permitidos o exigidos por ley. Este Aviso también describe sus derechos a tener acceso y controlar la PHI.

Por ley, debemos mantener la privacidad de su PHI. Respetaremos los términos detallados en este Aviso.

Es posible que modifiquemos nuestro Aviso en cualquier momento. Cualquier modificación afectará toda la PHI. Tras solicitud, le proporcionaremos el Aviso revisado al:

- Publicar el nuevo Aviso en nuestro consultorio.
- Tener copias del nuevo Aviso en nuestro consultorio o enviarlas por correo, si las solicita.
- Publicar el Aviso revisado en nuestro sitio web: www.pacificelaser.com

Usos y divulgaciones de información médica confidencial

Podemos usar o revelar (compartir) su PHI para proporcionarle tratamiento médico.

Es posible que el médico, el personal de nuestro consultorio o terceros ajenos a nuestro consultorio involucrados en su cuidado y tratamiento usen o revelen su PHI con el fin de proporcionarle servicios de atención médica.

EJEMPLO: Se podría proporcionar su PHI a un médico a quién se lo derivó para evaluación a fin de garantizar que el médico cuente con la información necesaria para efectuar un diagnóstico o tratarlo. También es posible que, de vez en cuando, compartamos su PHI con otro médico o proveedor de atención médica (p. ej., especialista o laboratorio) que, por solicitud de su médico, se involucre en su cuidado al ayudar a su médico con el diagnóstico o el tratamiento.

Posiblemente, también compartamos su PHI con personas ajenas a nuestro centro médico que podrían brindarle atención médica, como agencias de servicios de salud en el hogar.

Es posible que usemos y revelemos su PHI para obtener el pago por servicios prestados. Podemos proporcionar su PHI a terceros para facturar u obtener el pago por servicios prestados. Podemos compartir información con el plan de salud para determinar si se pagarán ciertos servicios.

La PHI puede que se comparta con los siguientes:

- Compañías de facturación
- Compañías de seguro, planes de salud
- Agencias gubernamentales a fin de asistir con la validación de beneficios
- Agencias de cobranza

EJEMPLO: Se lo atiende en nuestro centro médico para un procedimiento. Tendremos que proporcionarle a la compañía de seguro una lista de servicios, como rayos X, para que podamos cobrar por el procedimiento. En ocasiones, es posible que contactemos a su plan de salud para recibir la aprobación ANTES de realizar ciertos procedimientos a fin de garantizar que cobraremos por los servicios prestados. Esto implicará compartir su PHI.

Es posible que usemos o revelemos, según sea necesario, su PHI para respaldar las actividades comerciales de este centro médico, que se denominan actividades de atención médica.

EJEMPLOS:

- Capacitación de estudiantes, otros proveedores de atención médica o personal auxiliar, como personal de facturación, para ayudarles a aprender o mejorar sus habilidades.
- Procesos de mejora de calidad, que examinan la prestación de atención médica, y mejora en procesos que le brindarán atención más segura y más efectiva.
- Uso de información para colaborar en la resolución de problemas o quejas en el centro médico.

Es posible que usemos o revelemos su PHI en otras situaciones sin su permiso:

- Si la ley lo exige: El uso o la divulgación se harán en conformidad con la ley y se limitarán a requisitos relevantes de la ley. Por ejemplo, es posible que debamos notificar heridas de bala o sospecha de abuso o negligencia.
- Actividades de salud pública: La divulgación se hará con el fin de controlar una enfermedad, lesión o incapacidad y únicamente a las autoridades de salud pública autorizadas por ley para recolectar o recibir información. Es posible que también notifiquemos a individuos que hayan estado expuestos a una enfermedad o que podrían estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
- Agencias de supervisión de la salud: Es posible que revelemos información médica confidencial a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que solicitan información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de salud, programas de beneficios gubernamentales, otros programas reglamentarios gubernamentales y leyes de derechos civiles.
- Procedimientos judiciales: Para colaborar con un procedimiento judicial o en respuesta a una resolución judicial, en ciertas condiciones en respuesta a una citación u otro proceso legal.
- Policía u otros fines de cumplimiento de la ley: La divulgación de PHI cumplirá con todos los requisitos legales vigentes para la divulgación.
- Médicos forenses, funerarias: Es posible que revelemos información médica confidencial a un médico forense o examinador médico con fines de identificación, determinación de causa de muerte o para que el médico forense o el examinador médico cumplan con otras responsabilidades autorizadas por la ley
- Investigación médica: Es posible que revelemos información médica confidencial a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que revisó la propuesta de investigación y estableció los protocolos para garantizar la privacidad de su información médica confidencial.
- Propósitos gubernamentales especiales: Es posible que la información se comparta con propósitos de seguridad nacional o, si usted es miembro del ejército, al ejército bajo circunstancias limitadas.
- Penitenciarias: Es posible que la información se comparta si usted es un recluso o está bajo custodia de la ley y es necesario para su salud o la salud y la seguridad de otros individuos.
- Compensación laboral: Es posible que revelemos su información médica confidencial según se autorice para cumplir con leyes de compensación laboral y otros programas similares legalmente establecidos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica.

Socios comerciales: Algunos servicios se prestan mediante el uso de entidades contratadas llamadas “socios comerciales”. Siempre divulgaremos solo la mínima cantidad necesaria de PHI, de modo que los socios comerciales puedan prestar los servicios identificados. Solicitamos a los socios comerciales que salvaguarden de



manera pertinente la información. Algunos ejemplos de socios comerciales incluyen compañías de facturación y servicios de transcripción.

Intercambio de información médica: Es posible que pongamos su información médica a disposición de otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado, fuera de nuestro centro, de manera electrónica.

Alternativas de tratamiento: Es posible que le proporcionemos un aviso de opciones de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud que podrían mejorar su salud general.

Recordatorios de citas: Es posible que lo contactemos para recordarle las citas o los tratamientos que tenga programados.

Es posible que usemos o revelemos su PHI en las siguientes situaciones SALVO que usted se oponga.

- Es posible que compartamos información con sus amigos o familiares, u otras personas que usted identifique directamente, según el nivel en el que estén involucrados en su cuidado o pago de servicios. Si usted no está presente o no puede aceptar u oponerse, el proveedor de atención médica, según su criterio profesional, determinará si es aconsejable para usted que se comparta la información. Por ejemplo, podemos analizar indicaciones posteriores a un procedimiento con la persona que lo trajo en coche hasta el centro, a menos que usted nos indique específicamente que no compartamos la información.
- Es posible que usemos o revelemos información médica confidencial para notificar o colaborar con la notificación sobre su ubicación, estado de salud general o fallecimiento a un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable de su cuidado.
- Es posible que usemos o revelemos información médica confidencial a una entidad pública o privada autorizada para colaborar con iniciativas de socorro en casos de desastre.

Los siguientes usos y divulgaciones de PHI requieren su autorización por escrito:

- Mercadotecnia
- Divulgaciones para cualquier fin que requiera la venta de su información
- Divulgación de notas de psicoterapia: Las notas de psicoterapia son notas realizadas por un profesional de salud mental con el fin de documentar una conversación que se mantuvo durante una sesión privada. Esta sesión podría ser con un individuo o con un grupo. Estas notas se conservan separadas del resto de la historia clínica y no incluyen: medicamentos y cómo le afectan, tiempo de inicio y finalización de sesiones de terapia, tipos de tratamientos proporcionados, resultados de pruebas, diagnóstico, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico.

Todos los demás usos y divulgaciones no registrados en este Aviso requieren una autorización por escrito de usted o su representante personal.

La autorización escrita simplemente explica cómo desea que se use y revele su información. La autorización escrita puede anularse en cualquier momento, por escrito. Salvo en la medida en que su médico o este centro médico hayan usado o revelado información en función de la indicación prevista en la autorización, no habrá más uso ni divulgación.

Sus derechos a privacidad

Usted cuenta con ciertos derechos relacionados con la información médica confidencial. Todas las solicitudes para ejercer sus derechos deben realizarse por escrito. Puede obtener una solicitud de copias de su información médica confidencial en nuestra recepción.

Tiene derecho a ver y obtener una copia de la información médica confidencial.

Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de su información médica confidencial contenida en un conjunto de archivos designados mientras conservemos la información médica confidencial. Si la solicita, le proporcionaremos una copia de los archivos en formato electrónico. Hay algunas excepciones de archivos que pueden copiarse y, en este caso, se denegará la solicitud. Es posible que le cobremos un monto razonable por la copia de los archivos.

Tiene derecho a solicitar una limitación de la información médica confidencial.

Puede solicitar que este centro médico no use ni revele ninguna parte de su información médica confidencial para realizar tratamientos, pagos o actividades de atención médica. Nosotros no estamos obligados a aceptar estas solicitudes. En caso de aceptar una solicitud de limitación, la respetaremos, a menos que la información se necesite para proporcionar tratamiento de emergencia.

Hay una excepción: debemos aceptar una solicitud de limitación para restringir la divulgación de información a un plan de salud si usted paga por cuenta propia la totalidad de un servicio o un producto, a menos que la ley exija lo contrario.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos de otra manera o en distintas ubicaciones.

Aceptaremos las solicitudes razonables. Es posible que también pidamos una dirección alternativa u otro medio de contacto, como enviar información por correo a un apartado de correo. No le pediremos explicaciones sobre la solicitud.

Puede tener derecho a solicitar una enmienda de la información médica.

Puede solicitar una enmienda de la información médica si siente que la información es incorrecta junto con una explicación del motivo de la solicitud. En ciertos casos, denegaremos la solicitud de enmienda y usted tiene la posibilidad de no estar de acuerdo.

Tiene derecho a recibir una lista de las personas u organizaciones a quienes les brindamos su información médica.

El derecho comprende divulgaciones con fines que no sean realizar tratamientos, pagos o actividades de atención médica. Tiene derecho a obtener una lista de estas divulgaciones que ocurrieron después del 14 de abril de 2003. Puede solicitar las divulgaciones correspondientes a seis años previos o un periodo más breve. Si solicita más de una lista en un periodo de 12 meses, es posible que se le cobre una tarifa razonable.

Derechos a privacidad adicionales

- Tiene derecho a que le proporcionemos una copia en papel de este aviso, tras solicitud. Le daremos una copia de este Aviso el primer día que lo tratemos en nuestro centro. En una situación de emergencia, le daremos este Aviso tan pronto como sea posible.
- Tiene derecho a que se le notifique sobre cualquier violación de su información médica confidencial.

Quejas

Si cree que hemos violado sus derechos o tiene alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede comunicarse con:

Elvita Grigoryan, Gerente de Cumplimiento Regional: (909) 982-8846.

También puede presentarle la queja al Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que hemos violado sus derechos a privacidad.

Si presenta una queja, no tomaremos represalias contra usted por ello.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN DE OJOS CON PUPILA DILATADA

En el transcurso de la atención médica, ya sea hoy o en el futuro, es importante para su médico evaluar la retina, la mácula y el nervio óptico con un examen de dilatación. Se emplean gotas oftálmicas de dilatación para agrandar la pupila del ojo a fin de que el médico logre una mejor visualización del interior de los ojos.

La dilatación, a menudo, afecta (difumina) la visión durante un periodo que varía de persona a persona y puede generar molestias frente a luces intensas. No es posible predecir en qué medida se verá afectada su visión. Es posible que resulte difícil conducir inmediatamente después del examen. Si le preocupan estos problemas, quizás desee adoptar medidas alternativas en cuanto al transporte. La mayoría de los pacientes conducen tras la dilatación con la ayuda de gafas temporales que le proporcionaremos tras el examen.

Es posible que las gotas de dilatación desencadenen reacciones adversas, como aumento de la presión ocular, lo que causa dolor. Puede que sea necesario disminuir la presión mediante la administración de colirio, medicamentos orales o tratamiento con láser. Existe la posibilidad de una reacción alérgica a las gotas de dilatación.

La decisión de someterse a la dilatación es de usted. Puede optar por no recibir la dilatación; sin embargo, nuestros médicos recomiendan efectuar la dilatación de la pupila para examinar mejor los ojos a fin de detectar enfermedades.

He leído y comprendo la información detallada anteriormente sobre la dilatación de los ojos y, por el presente, autorizo al médico o técnico que administre las gotas oftálmicas de dilatación.

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA

FIRMA