

HOLLISTER VISION CENTER

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ MI: _____ Apodo: _____
Escriba el nombre que figura en su tarjeta de aseguransa Menor Soltero Casado Viuda **Hombre** **Mujer**

Domicilio: _____ Número de Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono: _____ De Día: _____ Celular: _____ Texto? S N

Empleador: _____ Ocupación: _____

Número de Licencia: _____ Idioma preferido: _____ Electrónico: _____

ASEGURANS DE VISIÓN

PRIMARIO	SECUNDARIO
Nombre de aseguransa: _____	Nombre de aseguransa: _____
Nombre de la persona responsable: _____	Nombre de la persona responsable: _____
Relación: _____	Relación: _____
Fecha de nacimiento de la persona responsable _____	Fecha de nacimiento de la persona responsable _____
Número de identificación: _____	Número de identificación: _____
Empleador: _____	Empleador: _____

ASEGURANS DE MÉDICO

PRIMARIO	SECUNDARIO
Nombre de aseguransa: _____	Nombre de aseguransa: _____
Nombre de la persona responsable: _____	Nombre de la persona responsable: _____
Relación: _____	Relación: _____
Fecha de nacimiento de la persona responsable _____	Fecha de nacimiento de la persona responsable _____
Número de identificación: _____ Grupo# _____	Número de identificación: _____ Grupo# _____
Empleador: _____	Empleador: _____

COMPLETE SE EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O ESTUDIANTE UNIVERSITARIO A TIEMPO COMPLETO:

SI EL PACIENTE ES MENOR, EL PADRE QUE TRAIGA AL MENOR SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO.
VIVE EL NIÑO CON: MADRE PADRE AMBOS

Si es estudiante a tiempo completo, nombre de la universidad: _____

Padre	Madre
Nombre: _____	Nombre: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad, Estado, Codigo: _____	Ciudad, Estado, Codigo: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Número de Licencia: _____	Número de Licencia: _____
Número de Seguro: _____	Número de Seguro: _____

Nuestra oficina llamara para tomar informacion y autorizacion sobre su aseguransa con nuestra mejor capacidad. Aun, su aseguransa no garantiza pago hasta que se submeta y se archiva su reclamo. Usted es responsable por los cargos de su cita y por cargos no pagado por su aseguransa. Usted autorisa Hollister Center para submeter esta informacion a la compania(s) de aseguransa. Doy permiso que una copia se de a la aseguransa en lugar de el original. Yo entiendo y estoy de acuerdo con esta declaracion. A SU FIRMA, USTED ESTA DE ACUERDO Y ACEPTA QUE EL PAGO ES DEBIDO EN EL MOMENTO DE LA VISITA.

Firma del paciente/padre/guardián: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
HOLLISTER VISION CENTER FAMILY OPTOMETRY
Actualizado marzo 2018

Este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") describe cómo podemos usar o revelar su información de salud y cómo puede tener acceso a dicha información. Por favor, lea cuidadosamente. Su "información de salud" para los propósitos de esta Notificación es generalmente cualquier información que lo identifica y es creada, recibida, mantenida o transmitida por nosotros en el transcurso de proveerle artículos o servicios de atención médica (conocidos como "información de salud" en este Aviso).

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") y otras leyes aplicables nos obligan a mantener la privacidad de su información de salud, a proporcionar a los individuos esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información, Y cumplir con los términos de esta Notificación. También estamos obligados por ley a notificar a las personas afectadas después de un incumplimiento de su información de salud no segura.

USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SIN SU AUTORIZACIÓN

Las razones más comunes por las que usamos o divulgamos su información de salud son para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo usamos o revelamos su información de salud para propósitos de tratamiento son: establecer una cita para usted; Examinando sus ojos; Prescribir anteojos, lentes de contacto o medicamentos para los ojos y enviarlos por fax para que se llenen; Mostrándole ayudas de la visión baja; Remitiéndolo a otro médico o clínica para el cuidado de los ojos o ayudas o servicios de baja visión; O obtener copias de su información de salud de otro profesional que usted puede haber visto antes de nosotros. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para propósitos de pago son: preguntarle acerca de su salud o planes de cuidado de la vista u otras fuentes de pago; Preparar y enviar facturas o reclamos; Y recolección de cantidades no pagadas (ya sea a través de una agencia de cobranza o un abogado). "Operaciones de atención de la salud" significan aquellas funciones administrativas y gerenciales que debemos llevar a cabo para administrar nuestra oficina. Ejemplos de cómo usamos o revelamos su información de salud para operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación; Garantía de calidad interna; Decisiones de personal; Participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; y el almacenamiento externo de nuestros registros.

Otras revelaciones y usos que podemos hacer sin su autorización o consentimiento

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o nos obliga a usar o divulgar su información médica sin su consentimiento o autorización. No todas estas situaciones nos serán de aplicación; Algunos nunca pueden llegar a nuestra oficina en absoluto. Tales usos o revelaciones son:

Cuando una ley estatal o federal exige que se divulgue cierta información de salud para un propósito específico;

Para fines de salud pública, tales como notificación de enfermedades contagiosas, investigación o vigilancia; Y avisos de Administración Federal de Drogas y Alimentos sobre medicamentos o dispositivos médicos;

Revelaciones a las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;

Usos y divulgaciones de las actividades de supervisión de la salud, como la concesión de licencias a los médicos; Para auditorías de Medicare o Medicaid; O para la investigación de posibles violaciones de las leyes de salud;

Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones o órdenes de tribunales o agencias administrativas;

Revelaciones para fines de aplicación de la ley, tales como proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un crimen; Proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina; O para denunciar un crimen que ocurrió en otro lugar;

Revelación a un examinador médico para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de la muerte; O para directores de funerarias para ayudar en el entierro; O para organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos;

Usos o divulgaciones para la investigación relacionada con la salud;

Usos y divulgaciones para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad;

Usos o revelaciones para funciones gubernamentales especializadas, tales como para la protección del presidente o altos funcionarios del gobierno; Para actividades legales de inteligencia nacional; Para fines militares; O para la evaluación y salud de los miembros del servicio exterior;

Divulgaciones de información sin identificación;

Divulgaciones relacionadas con los programas de compensación al trabajador;

Divulgaciones de un "conjunto limitado de datos" para investigación, salud pública o operaciones de atención médica;

Las revelaciones incidentales que son un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidos;

Revelaciones a "socios comerciales" ya sus subcontratistas que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información de salud de acuerdo con HIPAA;

[Especificar otros usos y divulgaciones afectados por la ley estatal].

A menos que usted se oponga, también compartiremos la información relevante sobre su cuidado con cualquiera de sus representantes personales que le están ayudando con su cuidado de los ojos. A su muerte, podemos revelar a los miembros de su familia o otras personas que estuvieron involucradas en su cuidado o pago por cuidado de salud antes de su muerte (como su representante personal) información de salud relevante a su participación en su cuidado a menos que lo haga inconsistente con sus preferencias tal como nos han expresado antes de su muerte.

USOS Y DIVULGACIONES ESPECÍFICAS DE INFORMACIÓN QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

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

Actividades de mercadeo. Debemos obtener su autorización antes de usar o divulgar cualquier información de su salud con fines de mercadeo, a menos que dichas comunicaciones de marketing tomen la forma de comunicaciones cara a cara que podemos hacer con individuos o regalos promocionales de valor nominal que podamos proporcionar. Si dicha comercialización implica un pago financiero de un tercero, su autorización debe incluir también el consentimiento para dicho pago.

Venta de información de salud. Actualmente, no vendemos o planeamos vender su información médica y debemos solicitar su autorización antes de hacerlo.

Notas de psicoterapia. Aunque no creamos ni mantenemos notas de psicoterapia en nuestros pacientes, debemos notificarle que generalmente debemos obtener su autorización antes de usar o revelar dichas notas.

SUS DERECHOS PARA PROPORCIONAR UNA AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Otros usos y divulgaciones de su información de salud que no se describen en este aviso se harán solamente con su autorización por escrito. Usted puede darnos una autorización por escrito que nos permita usar su información de salud o revelarla a cualquier persona para cualquier propósito.

Obtendremos su autorización por escrito para usos y divulgaciones de su información de salud que no están identificados en este aviso o no están permitidos por la ley aplicable.

Debemos aceptar su solicitud de restringir la divulgación de su información de salud a un plan de salud si la divulgación es con el propósito de realizar operaciones de pago o atención médica y no es requerida por la ley y dicha información pertenece únicamente a un artículo de atención médica o Servicio por el cual usted ha pagado por completo (o por el cual otra persona que no sea el plan de salud ha pagado en su totalidad).

Cualquier autorización que usted nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su información médica puede ser revocada por usted por escrito en cualquier momento. Después de revocar su autorización, ya no usaremos o revelaremos su información de salud por las razones escritas en la autorización. Sin embargo, generalmente no podemos retractar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización. También podemos estar obligados a revelar información de salud como necesario para propósitos de pago por servicios recibidos por usted antes de la fecha en que revocó su autorización.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene muchos derechos sobre la confidencialidad de su información de salud. Usted tiene el derecho:

Solicitar restricciones sobre la información de salud que podemos usar y divulgar para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

No estamos obligados a aceptar estas solicitudes. Para solicitar restricciones, envíenos una solicitud por escrito a la siguiente dirección.

Recibir comunicaciones confidenciales de información de salud sobre usted de cualquier manera que no sea escrita en nuestro formulario de solicitud de autorización. Usted debe hacer tales peticiones por escrito a la dirección abajo. Sin embargo, nos reservamos el derecho de determinar si podremos continuar su tratamiento bajo tales autorizaciones restrictivas.

Para inspeccionar o copiar su información de salud. Usted debe hacer tales peticiones por escrito a la dirección abajo. Si solicita una copia de su información médica, podemos cobrarle una tarifa por el costo de copiar, enviar por correo u otros suministros. En ciertas circunstancias, podemos negar su solicitud para inspeccionar o copiar su información médica, sujeto a la ley aplicable.

Enmendar la información de salud. Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Para solicitar una enmienda, debe escribirnos a la siguiente dirección. También debe darnos una razón para apoyar su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmendar su información de salud si no está por escrito o no proporciona una razón para apoyar su solicitud. También podemos negar su solicitud si la información de salud:

No fue creado por nosotros, a menos que la persona que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda,

No es parte de la información de la salud guardada por o para nosotros,

No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar, o es exacta y completa.

Recibir una contabilidad de divulgaciones de su información de salud. Usted debe hacer tales peticiones por escrito a la dirección abajo. No toda la información de salud está sujeta a esta solicitud. Su solicitud debe indicar un período de tiempo para la información que desea recibir, no más de 6 años antes de la fecha de su solicitud y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2012. Su solicitud debe indicar cómo le gustaría recibir el Informe (papel, electrónicamente).

Para designar a otra persona para recibir su información de salud. Si su solicitud de acceso a su información de salud nos indica que transmita una copia de la información de salud directamente a otra persona, la solicitud debe ser hecha por usted por escrito a la siguiente dirección y debe identificar claramente al destino designado y donde enviar la copia de La información de salud.

Persona de contacto:

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

4/1/2018

Natalie Boyer, Gerente de Oficina
Hollister Vision Center
365 6th Street
Hollister, CA 95023
(831) 637-5536 o Fax (831) 6377601
Correo electrónico: hollvc@pacbell.net

Quejas:

Si usted piensa que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, usted es libre de quejarse a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentar una queja con nosotros, envíe una nota por escrito a la persona de contacto de la oficina en la dirección, fax o correo electrónico que se muestra arriba. Si lo prefiere, puede declarar su queja en persona o por teléfono.

Cambios a este Aviso:

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y aplicar las prácticas revisadas a la información de salud sobre usted que ya tenemos. Cualquier revisión de nuestras prácticas de privacidad se describirá en un Aviso revisado que se publicará de manera prominente en nuestras instalaciones. Copias de esta Notificación también están disponibles bajo petición en nuestra área de recepción. Aviso revisado y vigente: 26 de Abril de 2018

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que recibí una copia de Robert M. Theaker, O.D., Una Corporación Optométrica, de Hollister Vision Center, Notificación de Prácticas de Privacidad.

Fecha _____ Nombre del paciente _____ Firma del paciente / padre _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por lo presente autorizo a Hollister Vision Center a revelar cualquier información médica o financiera a las siguientes personas o miembros de la familia. También pueden programar o cancelar citas para mí y recoger cualquier material. Esta autorización está en vigor hasta que yo presente una cancelación por escrito de la persona de contacto que se menciona anteriormente.

_____ Nombre	_____ Relación Individual Autorizada
_____ Nombre	_____ Relación Individual Autorizada
_____ Nombre	_____ Relación Individual Autorizada