

**Por favor, presente su(s) tarjeta(s) de seguro médico o de visión y su identificación con foto.**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 Dígitos del Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Aficiones: \_\_\_\_\_

¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

### **Contacto de emergencia**

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### **Información del seguro (médico o de la visión)**

Compañía de Seguros #1: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Política #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Primario: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ins. Compañía #2 (si se utiliza): \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Política #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Primario: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Acuerdo Financiero**

◇ Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos a Nayfach Optometry PLLC DBA The Woodlands Low Vision Clinic por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto por mi compañía de seguros. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

◇ Además, acepto pagar todos los costos de cobranza, honorarios de abogados y otros costos de cobranza en los que se pueda incurrir para hacer cumplir el cobro de cualquier monto pendiente.

*Por la presente, autorizo a Nayfach Optometry PLLC a divulgar cualquier información médica necesaria para completar y procesar mis reclamos de seguro.*

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente o asegurado

Fecha

*Autorizo a Nayfach Optometry PLLC a tratarme y usar mi información personal de salud para operaciones de atención médica.*

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Fecha

Nota: Si el paciente es menor de edad, debe tener una parte responsable que firme

**Cuestionario de Historia Clínica**

¿Motivo del examen de hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen de la vista? \_\_\_\_\_

¿Tiene un oftalmólogo actual?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione detalles aquí:

Oftalmólogo actual: \_\_\_\_\_

Optometrista  Oftalmólogo

Proporcione la información de la oficina que recuerde (Nombre / Ubicación / Tel #): \_\_\_\_\_

¿Cuándo está programado para su próximo examen? \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos (orales, inyectados o gotas) que se toman y para qué condición:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

¿Es alérgico a algún medicamento?  Sí  No

En caso afirmativa, por favor enumere los medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia ambiental o de otro tipo?  Sí  No

Por favor, enumere cualquier enfermedad de sus ojos, si la hay: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tenga en cuenta cualquier enfermedad sistémica, si la hubiera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, enumere cualquier intervención quirúrgica, incluyendo ocular, neurológica o relacionada con tumores/cáncer:

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Llevas:  gafas  lentes de contacto  ninguna

¿Alguna vez has usado lentes de contacto?  Sí  No

¿Usa gafas de sol graduadas:  Sí  No

**Cuestionario de Historia Social**

(las respuestas son opcionales y no todas las preguntas se aplicarán a todos los pacientes)

**¿Estado civil?**

\_\_\_\_ Soltero    \_\_\_\_ Casado    \_\_\_\_ Socio    \_\_\_\_ Divorciado    \_\_\_\_ Viudo

**¿Vives solo o con otros?**

\_\_\_\_ Solo    \_\_\_\_ Con otros

**¿Número de hijos?** \_\_\_\_\_

**¿Es usted un veterano de los Estados Unidos?**     Sí     No

**¿Estás empleado actualmente?** \_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_ No    \_\_\_\_ estudiante    \_\_\_\_ jubilado

**¿Nivel educativo?** \_\_\_\_ Estudiante    \_\_\_\_ bachiller de bachiller    \_\_\_\_ postgrado

**¿Estás legalmente ciego en uno o ambos ojos?** \_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_ No

**¿Tiene dificultades de transporte?** \_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_ No

**¿Cuál es su nivel de estrés general?** \_\_\_\_ Bajo    \_\_\_\_ Medio    \_\_\_\_ Alto

**¿Consumo de alcohol?** \_\_\_\_ Ninguno    \_\_\_\_ Ocasional    \_\_\_\_ Moderado    \_\_\_\_ a menudo

**¿Estado de tabaquismo?** \_\_\_\_ Nunca    \_\_\_\_ Antes    \_\_\_\_ Actualmente

**¿Ingesta de cafeína?** \_\_\_\_ Ninguno    \_\_\_\_ Ocasional    \_\_\_\_ Moderado    \_\_\_\_ a menudo

**¿Drogas ilícitas?** \_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_ No

**Historia familiar**

Miembro(s) de la familia

Abuso de alcohol	
Trastorno de ansiedad	_____
TDA/TDAH	_____
Trastorno bipolar	_____
Ceguera	_____
Demencia	_____
Trastorno depresivo	_____
Diabetes mellitus	_____
Enfermedad del hígado	_____
Epilepsia	_____
Glaucoma	_____
Jaqueca	_____
Pérdida de audición	_____
Enfermedad cardíaca	_____
Trastorno hipertensivo	_____
Nefropatía	_____
Trastorno mental	_____
Migraña	_____
Obesidad	_____
Abuso	_____
	_____

**Historial médico personal**

Si el problema está presente, por favor describa:

Enfermedad ocular diabética	_____
Traumatismo ocular	_____
Glaucoma	_____
Degeneración macular	_____
Lesión en la cabeza/conmoción cerebral	_____
Trastorno de ansiedad	_____
Asma	_____
Lesión cerebral	_____
Cáncer	_____
Depresión	_____
Obesidad	_____
Pérdida de audición	_____
Enfermedad cardíaca	_____
Trastorno mental	_____
Condición psiquiátrica	_____
Abuso	_____
Alucinaciones visuales	_____

Neurológico

Cefaleas                    \_\_\_\_\_ Sí

Migrañas                    \_\_\_\_\_ Sí

Convulsiones                \_\_\_\_\_ Sí

Cardiovascular

Diabetes                    \_\_\_\_\_ Sí

Dolor en el pecho        \_\_\_\_\_ Sí

Presión arterial alta     \_\_\_\_\_ Sí

Enfermedad vascular    \_\_\_\_\_ Sí

Colesterol alto            \_\_\_\_\_ Sí

**Ocular/Visión**

Pérdida de la visión	_____	Sí	Ojo vago	_____	Sí
Visión borrosa	_____	Sí	Párpado caído	_____	Sí
Visión distorsionada	_____	Sí	Ojos prominentes	_____	Sí
Visión fluctuante	_____	Sí	Infecciones oculares	_____	Sí
Sensibilidad al deslumbramiento/luz	_____	Sí	Arenoso / arenoso	_____	Sí
Visión doble	_____	Sí	Secreción mucosa	_____	Sí
Fatiga con la lectura	_____	Sí	Rojez	_____	Sí
Lesión ocular	_____	Sí	Arde	_____	Sí
Dolor o molestia	_____	Sí			
Desgarro / riego	_____	Sí			
Sequedad	_____	Sí			



**Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento**

He recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad de The Woodlands Low Vision Clinic que contiene una descripción de los usos y divulgaciones de mi información de salud, mis derechos con respecto a mi información de salud y los deberes legales de The Woodlands Low Vision Clinic con respecto a dicha información.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legalmente autorizado      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legalmente autorizado con el individuo/paciente

**Solo uso del personal**

Intenté obtener el acuse de recibo del paciente del Aviso de prácticas de privacidad de The Woodlands Low Vision Clinic, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Nombre del personal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento / NPP / Responsabilidad financiera****Consentimiento para el tratamiento**

Doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios médicos y de atención médica proporcionados por los proveedores, empleados y otros asociados de The Woodlands Low Vision Clinic según lo consideren necesario. Entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, intercambio de recetas electrónicas, exámenes y tratamiento. Entiendo que este consentimiento para el tratamiento será válido y permanecerá vigente mientras sea paciente de The Woodlands Low Vision Clinic a menos que sea revocado por mí por escrito con dicha notificación por escrito proporcionada a cada clínica atendida por mí.

\_\_\_\_\_ (Por favor inicial)

**Divulgación de información médica / Aviso de prácticas de**

**privacidad** Su información de salud protegida se refiere a su diagnóstico y / o tratamiento en The Woodlands Low Vision Clinic, que incluye, entre otros, información sobre enfermedades mentales, uso de alcohol o drogas o enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, progreso del tratamiento o cualquier otra información relacionada. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo The Woodlands Low Vision Clinic puede usar y / o divulgar información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo permita la ley. Entiendo que The Woodlands Low Vision Clinic no puede ser responsable del uso o la redistribución de información por parte de terceros.

\_\_\_\_\_ He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de The Woodlands Low Vision Clinic. (Por favor inicial)

¿Podemos llamarle por teléfono, enviar un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas?

Sí o  No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular?

Sí o  No

### **Responsabilidad financiera y asignación de beneficios**

En consideración por recibir servicios médicos o de atención médica, por la presente asigno mi derecho, título e interés en todos los beneficios de seguro, Medicare / Medicaid u otros beneficios de terceros pagadores por servicios médicos o de atención médica que de otro modo me serían pagaderos a The Woodlands Low Vision Clinic. También autorizo pagos directos que Medicare/Medicaid y/o mi compañía de seguros u otro tercero pagador realicen pagos directos, hasta el monto total de mis cargos médicos y de atención médica, a The Woodlands Low Vision Clinic. Certifico que la información que he proporcionado en relación con cualquier solicitud de pago por parte de terceros pagadores, incluidos Medicare o Medicaid, es correcta. Acepto pagar todos los cargos por servicios médicos y de atención médica no cubiertos o que excedan la cantidad estimada para ser pagada o realmente pagada por Medicare / Medicaid, mi compañía de seguros u otro tercero pagador y acepto hacer el pago según lo solicitado por The Woodlands Low Vision Clinic.

\_\_\_\_\_ (Por favor inicial)

¿La condición para la cual está buscando tratamiento está relacionada con:

Accidente automovilístico; Empleo; Otro accidente; u otra parte responsable?

Sí                      o                       No

Certifico que he leído este formulario, o me lo han leído, y acepto los términos establecidos.

Nombre impreso del paciente (o persona legalmente autorizada para firmar en nombre del paciente)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD

1441 Woodstead Ct. Ste 110  
Los Bosques, TX 77380  
(281) 944-OJOS (3937)  
clinic@woodlandslowvision.com

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN A SOLICITAR

Autorizo a The Woodlands Low Vision Clinic a **RECIBIR** registros **de:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### **Método de entrega:**

- Correo       Fax       Recogida       Secure Email       Verbal

#### **Período de tiempo efectivo para la autorización:**

La autorización es válida hasta la primera de: se retira la autorización, la mayoría de edad, la muerte del paciente o la siguiente fecha o evento especificado (opcional): \_\_\_\_\_

**Intervalo de fechas de los registros solicitados:** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**Información solicitada:**

- Todos los registros de salud de los últimos 12 meses *O*
  - Todos los registros disponibles
  - Otra información médica especificada (como se indica aquí):
- 

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:**

- Atención médica continua
- S.S. Determinación de discapacidad
- Solicitud del paciente
- Otro: \_\_\_\_\_

*A menos que se especifique lo contrario, los registros pueden excluir las pruebas de VIH, los registros de salud mental, la información genética y las pruebas de dependencia química.*

**DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN**

Estoy autorizando la transmisión de esta información **a:**

Entidad: The Woodlands Low Vision Clinic

Dirección: 1441 Woodstead Ct #110

Ciudad: The Woodlands Estado: TX Código postal: 77380

Teléfono/Fax: **Fax Seguro (281) 721-4433**

Correo electrónico: clinic@woodlandslowvision.com

**CONSENTIMIENTO Y FIRMA**

Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente:

- 1. Autorizo la divulgación de información de salud protegida como se indicó anteriormente a la parte aprobada en la lista.*
- 2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una revocación por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a*

*ninguna información de salud previamente divulgada en base a esta autorización.*

- 3. Cualquier tratamiento, pago o elegibilidad para servicios o beneficios no se verá afectado si no firmo esta autorización.*
- 4. Cualquier información divulgada por esta autorización a cualquier persona / organización que no sea un proveedor de atención médica, socio comercial de un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las regulaciones de privacidad federales y estatales podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no protegida por esas regulaciones.*
- 5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.*
- 6. Entiendo que las solicitudes de copias de registros están sujetas a tarifas de acuerdo con las regulaciones federales y de Texas.*

---

Firma del Paciente/Tutor/Representante Legal

Fecha

---

Nombre impreso

Relación, si no es paciente



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
INFORMACIÓN DE SALUD**

1441 Woodstead Ct. Ste 110  
Los Bosques, TX 77380  
(281) 944-OJOS (3937)  
clinic@woodlandslowvision.com

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE SE DARÁ A CONOCER**

Autorizo a The Woodlands Low Vision Clinic a **ENVIAR** registros *a*:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

***Método de entrega:***

- Correo     Fax     Recogida     Secure Email     Verbal

***Período de tiempo efectivo para la autorización:***

La autorización es válida hasta la primera de: se retira la autorización, la mayoría de edad, la muerte del paciente o la siguiente fecha o evento especificado (opcional): \_\_\_\_\_

***Intervalo de fechas de los registros publicados:*** \_\_\_\_\_ *a* \_\_\_\_\_



**Información publicada:** Todos los registros de salud de los

- Todos los registros de salud de los últimos 12 meses *O*
  - Todos los registros disponibles
  - Otra información médica especificada (como se indica aquí):
- 

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:**

- Atención médica continua
- S.S. Determinación de discapacidad
- Solicitud del paciente
- Otro: \_\_\_\_\_

*A menos que se especifique lo contrario, los registros pueden excluir las pruebas de VIH, los registros de salud mental, la información genética y las pruebas de dependencia química.*

**REMITENTE DE LA INFORMACIÓN**

Estoy autorizando la transmisión de esta información **de:**

Entidad: The Woodlands Low Vision Clinic

Dirección: 1441 Woodstead Ct #110

Ciudad: The Woodlands Estado: TX Código postal: 77380

Teléfono/Fax: **Fax Seguro (281) 721-4433**

Correo electrónico: clinic@woodlandslowvision.com

**CONSENTIMIENTO Y FIRMA**

Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente:

- 1. Autorizo la divulgación de información de salud protegida como se indicó anteriormente a la parte aprobada en la lista.*
- 2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una revocación por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a*

*ninguna información de salud previamente divulgada en base a esta autorización.*

- 3. Cualquier tratamiento, pago o elegibilidad para servicios o beneficios no se verá afectado si no firmo esta autorización.*
- 4. Cualquier información divulgada por esta autorización a cualquier persona / organización que no sea un proveedor de atención médica, socio comercial de un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las regulaciones de privacidad federales y estatales podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no protegida por esas regulaciones.*
- 5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.*
- 6. Entiendo que las solicitudes de copias de registros están sujetas a tarifas de acuerdo con las regulaciones federales y de Texas.*

---

Firma del Paciente/Tutor/Representante Legal

Fecha

---

Nombre impreso

Relación, si no es paciente

## Notar de Prácticas de Privacidad

Oficial de Privacidad: Joseph Nayfach-Battilana

[jnayfach@woodlandslowvision.com](mailto:jnayfach@woodlandslowvision.com)

Tel (281) 944-3937

Respetamos nuestra obligación legal de mantener en privado la información de salud que pueda identificarlo. Estamos obligados por ley a proporcionarle un aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos su información de salud y qué derechos tiene con respecto a ella.

### **Tratamiento, pago y operaciones de atención médica**

Las razones más comunes por las que usaríamos o divulgaríamos su información de salud es para tratamiento, pago u operaciones comerciales. Rutinariamente usamos y divulgamos su información médica dentro de la oficina a diario. No necesitamos permiso específico para usar o divulgar su información médica en los siguientes asuntos, aunque usted tiene el derecho de solicitar que no lo hagamos.

Ejemplos de cómo podríamos usar o divulgar información de salud para fines de tratamiento podrían incluir:

Configurar o cambiar citas, incluyendo dejar mensajes con aquellos en su casa u oficina que pueden contestar el teléfono o dejar mensajes en contestadores automáticos, correos de voz o correos electrónicos; gritar su nombre en un ambiente de sala de recepción; prescribir anteojos, lentes de contacto o medicamentos, así como transmitir esta información a los proveedores por teléfono, fax u otros medios electrónicos, incluidas las recetas iniciales y las solicitudes de los proveedores para resurtir; notificarle

que sus productos oftálmicos están listos, incluyendo dejar mensajes con aquellos en su hogar u oficina que pueden contestar el teléfono, o dejar mensajes en contestadores automáticos, correos de voz o correos electrónicos; derivarlo a otro médico para recibir atención no proporcionada por esta oficina; obtener copias de la información de salud de los médicos que ha visto antes que nosotros; discutir su atención con usted directamente o con familiares o amigos que haya inferido o acordado puede escuchar información sobre su salud; enviarle postales o cartas o dejar mensajes con aquellos en su casa que pueden contestar el teléfono o en contestadores automáticos, correos de voz o correos electrónicos recordándole que es hora de continuar con la atención; a su solicitud, podemos proporcionarle una copia de sus registros médicos por transmisión por correo electrónico.

A su solicitud, no podemos divulgar información de atención médica para los servicios que pagó de su bolsillo. Esto solo se aplica a aquellos encuentros relacionados con la atención que desea restringir.

Ejemplos de cómo podríamos usar o divulgar información de salud para fines de pago podrían incluir:

Preguntarle sobre sus planes de seguro médico o de visión u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas a su proveedor de seguros o a usted; proporcionar cualquier información requerida por terceros pagadores para asegurar el pago de los servicios prestados a usted; enviar avisos de pago adeudado en su cuenta a la persona designada como parte responsable o jefe de hogar en su cuenta con explicaciones de tarifas que podrían incluir procedimientos realizados y para qué diagnóstico: cobrar saldos impagos nosotros mismos o a través de una agencia de cobro, abogado o oficina del fiscal de distrito.

Ejemplos de cómo podríamos usar o divulgar información de salud para operaciones comerciales podrían incluir:

Auditorías financieras o de facturación; programas internos de aseguramiento de la calidad; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; ciertas funciones de investigación; informarle de los productos o servicios ofrecidos por nuestra oficina; cumplimiento con la solicitud de información de las agencias gubernamentales locales, estatales o federales; actividades de supervisión, como la concesión de licencias a nuestros médicos; Auditorías de Medicare o Medicaid; proporcionar información sobre su estado de visión al Departamento de Seguridad Pública, a una enfermera escolar o a una agencia que califique para el estado de discapacidad

### **Usos y divulgaciones por otras razones que no necesitan permiso**

En algunas otras situaciones limitadas, la ley nos permite usar o divulgar su información médica sin su permiso específico. La mayoría de estas situaciones nunca se aplicarán a usted, pero podrían hacerlo.

- Cuando una ley estatal o federal exige que cierta información de salud sea reportada para un propósito específico
- Por razones de salud pública, como informes de una enfermedad contagiosa, investigaciones o vigilancia, y avisos hacia y desde la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos con respecto a medicamentos o dispositivos médicos
- Revelaciones a las autoridades gubernamentales o legales sobre víctimas de sospecha de abuso, negligencia, violencia doméstica o cuando alguien es o se sospecha que es víctima de un delito
- Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o audiencias

administrativas

- Divulgaciones a un médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte o a los directores de funerarias para ayudar en el entierro
- Divulgaciones a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos
- Usos o divulgaciones para la investigación relacionada con la salud
- Usos o divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad de un individuo o individuos
- Usos o divulgaciones para ayudar con fines militares o actividades legales de inteligencia nacional
- Divulgación de información no identificada
- Divulgaciones relacionadas con el reclamo de compensación de un trabajador
- Divulgación de un "conjunto de datos limitado" para la investigación, la salud pública o las operaciones de atención médica
- Divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de los usos y divulgaciones permitidos
- Divulgación de la información necesaria para completar los formularios de una evaluación de la vista relacionada con las escuelas, información al Departamento de Seguridad Pública, información relacionada con la certificación de licencias ocupacionales o recreativas, como la licencia de piloto.
- Divulgaciones a socios comerciales que realizan operaciones de atención médica para Nayfach Optometry PLLC y que se comprometen a respetar la privacidad de su información. También requerimos que cualquier socio comercial exija a cualquier subcontratista que cumpla con nuestras políticas de privacidad.
- A menos que se oponga, la divulgación de información relevante a familiares o amigos que lo están ayudando con su atención o por su presencia permitida nos hace suponer que aprueba su exposición a información relevante sobre su salud.

## **Usos o divulgaciones a los representantes de los pacientes**

Es la política de Nayfach Optometry PLLC que nuestro personal adquiera llamadas telefónicas de personas en nombre de un paciente solicitando información sobre cómo hacer o cambiar una cita; el estado de las gafas, lentes de contacto u otros productos ópticos pedidos por o para el paciente. El personal de Nayfach Optometry PLLC también ayudará a las personas en nombre de un paciente en la entrega de anteojos, lentes de contacto u otros productos ópticos. Durante un contacto telefónico o en persona, se hará todo lo posible para limitar el encuentro a solo los detalles necesarios para completar la transacción requerida. Ninguna información sobre la visión o el estado de salud del paciente puede ser divulgada sin el consentimiento adecuado del paciente. El personal y los médicos de Nayfach Optometry PLLC también inferirán que si permite que otra persona en una sala de examen, sala de tratamiento, dispensario o cualquier área de negocios dentro de la oficina con usted mientras se realizan las pruebas o se mantienen discusiones sobre su visión o atención médica o su cuenta, usted acepta la presencia de esa persona.

## **Otros usos y divulgaciones**

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme una Autorización por escrito para la divulgación de información de salud de identificación. El contenido de esta autorización está determinado por la ley federal. La solicitud de firma de una autorización puede ser iniciada por Nayfach Optometry PLLC o por usted como paciente. Cumpliremos con su solicitud si es aplicable a las políticas federales con respecto a las autorizaciones. Si le pedimos que firme una autorización, puede negarse a hacerlo. Si no firma la autorización, no podemos usar ni divulgar la información que pretendíamos usar. Si elige

firmar la autorización, puede revocarla en cualquier momento. Las solicitudes de revocación deben hacerse por escrito al Oficial de Privacidad nombrado al principio de este Aviso.

### **Sus derechos con respecto a su información de salud**

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información personal de salud. Puede solicitarnos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto en atención de emergencia), pago u operaciones comerciales. Esta solicitud debe hacerse por escrito al Oficial de Privacidad nombrado al principio de este Aviso. No tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si estamos de acuerdo, debemos cumplir con las restricciones que usted solicita.

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial. Los ejemplos pueden ser solo contactarlo por teléfono en su casa o usar alguna dirección de correo electrónico especial. Acomodaremos estas solicitudes si son razonables y si usted acepta pagar cualquier costo adicional, si corresponde, incurrido para acomodar su solicitud.

Las solicitudes de solicitudes de comunicación especial deben hacerse al Oficial de Privacidad nombrado al principio de este Aviso.

Puede solicitar revisar u obtener copias de su información de salud. Hay muy pocas situaciones limitadas en las que podemos negarle el acceso a su información de salud. En su mayor parte, nos complace brindarle la oportunidad de revisar u obtener una copia de su información médica. Todas las solicitudes de revisión o copia de información médica deben hacerse por escrito al Oficial de Privacidad nombrado al principio de este Aviso. Si bien generalmente respondemos a estas solicitudes en solo un



día más o menos, por ley tenemos quince (15) días para responder a su solicitud. Podemos solicitar una extensión adicional de treinta (30) días en ciertas situaciones.

La información de atención médica de la que solicite copias puede ser entregada a usted en formato electrónico. Los formatos electrónicos que Nayfach Optometry PLLC ha aprobado como seguros y protegen la integridad de su información de atención médica incluyen correo electrónico seguro, un sistema autorizado de información electrónica de salud y medios suministrados por Nayfach Optometry PLLC.

Puede solicitarnos que modifiquemos o cambiemos su información de atención médica si cree que es incorrecta o incompleta. Si estamos de acuerdo, haremos la enmienda a su registro médico dentro de los treinta (30) días posteriores a su solicitud de cambio por escrito enviada al Oficial de Privacidad nombrado al comienzo de este Aviso. Luego le enviaremos la información corregida a usted o a cualquier otra persona que considere que necesita una copia de la información corregida. Si no estamos de acuerdo, se le notificará por escrito de nuestra decisión. Luego puede escribir una declaración de su posición y la incluiremos en su registro médico junto con cualquier declaración de refutación que deseemos incluir.

Puede solicitar una lista de cualquier divulgación no rutinaria de su información de salud que podamos haber hecho en los últimos seis (6) años (o un período más corto si lo desea). Las divulgaciones de rutina incluirían aquellos que utilizan su tratamiento, pago y operaciones comerciales de Nayfach Optometry PLLC. Estas divulgaciones de rutina no se incluirán en su lista de divulgaciones. Usted tiene derecho a una de esas listas por año sin cargo. Si desea listas más frecuentes, debe pagarlas por adelantado a una tarifa de \$ 25.00 por las primeras 20 páginas y \$ .50 por

página a partir de entonces, más el costo real de envío por lista. Por lo general, responderemos a su solicitud por escrito (hecha al Oficial de Privacidad nombrado al principio de este Aviso) dentro de los treinta (30) días, pero se nos permite una extensión de treinta (30) días si necesitamos el tiempo para completar su solicitud.

Puede obtener copias adicionales de este Aviso de Prácticas de Privacidad en nuestra oficina comercial o en línea en la dirección de nuestro sitio web que se muestra al principio de este Aviso.

### **Política de notificación de incumplimiento**

En el caso de una violación reportable de la información del paciente, Nayfach Optometry PLLC acepta cumplir con los requisitos de notificación de incumplimiento según lo establecido por la Regla de Notificación de Incumplimiento de HIPAA. Si ocurre una violación, Nayfach Optometry PLLC consultará con un abogado de HIPAA y tomará todas las medidas necesarias para cumplir con esta regla, incluida la notificación de individuos, socios comerciales, el Secretario de Salud y Servicios Humanos y medios de comunicación prominentes.

### **Regla de protección de denunciantes**

Nayfach Optometry PLLC no tomará ninguna medida contra ninguna persona que proporcione información a la Oficina de Derechos Civiles, la Oficina del Inspector General o la Oficina del Fiscal General del estado individual con respecto a las preocupaciones relacionadas con los procedimientos o acciones de privacidad y seguridad en Nayfach Optometry PLLC.

## **Cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad**

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad hasta que elijamos cambiar sustancialmente el Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su información de salud existente, así como a cualquier información adicional generada en el futuro. Si cambiamos este Aviso, publicaremos un nuevo Aviso en nuestro sitio web.

## **Quejas**

Si cree que alguien en Nayfach Optometry PLLC no ha respetado la privacidad de su información de salud, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad nombrado al principio de este Aviso. Estamos más que felices de tratar de resolver cualquier inquietud que pueda tener por escrito. Si no podemos resolver su inquietud a ese nivel, también puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Oficina de Derechos Civiles o la Oficina del Fiscal General de Texas. No tomaremos represalias contra usted si presenta dicha queja.