

Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento del Paciente

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica escrito en un lenguaje sencillo. El Aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información médica protegida que puede realizar esta práctica, mis derechos individuales y las obligaciones legales de la práctica con respecto a mi información médica protegida. El Aviso incluye:

- ✓ Una declaración de que esta práctica es requerida por ley para mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- ✓ Una declaración de que esta práctica debe cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor.
- ✓ Tipos de usos y divulgaciones que esta práctica puede realizar para cada uno de los siguientes propósitos: Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- ✓ Una descripción de cada uno de los otros propósitos para los cuales esta práctica está permitida o requerida para usar o divulgar información médica protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- ✓ Una descripción de los usos y divulgaciones que están prohibidos o limitados materialmente por la ley
- ✓ Una descripción de otros usos y divulgaciones que se realizaran únicamente con mi autorización por escrito y que puedo revocar dicha autorización.
- ✓ Mis derechos individuales con respecto a la información médica protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación con:
 - El derecho a presentar una queja ante esta práctica y ante el Secretario del HHS si creo que se han violado mis derechos de privacidad y que no se utilicen acciones de represalia en mi contra en caso de dicha queja
 - El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de mi información médica protegida y que esta práctica no este obligada a aceptar una restricción solicitada.
 - El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida.
 - El derecho a inspeccionar y copiar información médica protegida.
 - El derecho a enmendar la información médica protegida.
 - El derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de información médica protegida.
 - El derecho a obtener una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica a pedido.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer efectivas nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener el Aviso de prácticas de privacidad actual de esta práctica si lo solicito. Por la presente, el paciente da su consentimiento para la transmisión telefónica y de texto de información relacionada con la salud.

Paciente Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si la firma un representante personal del paciente): _____

Política de pago:

Por la presente asigno todos los beneficios médicos, que incluyen todos los beneficios médicos importantes a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud a San Diego Eye Clinic. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Si mi compañía de seguros no ha reembolsado a San Diego Eye Clinic dentro de los 60 días, es posible que se me facture por cualquier servicio o producto que haya recibido. Certifico que mis respuestas en este formulario son precisas a mi leal saber y entender. Certifico que entiendo que no se permiten cancelaciones de anteojos, ya que todos los anteojos están hechos a medida para cada paciente con su receta única. Certifico que entiendo que no hay reembolsos ni cambios y que todas las ventas son definitivas a menos que estén cubiertas por la garantía del fabricante o los programas de garantía de la oficina. Si soy miembro de Medicare / MediCal y elijo recibir productos o servicios que no son beneficios cubiertos, acepto la responsabilidad exclusiva del pago de dichos productos o servicios.

Firma: _____ Fecha: _____