



Información del Paciente: Fecha: _____

Apellido _____ Nombre legal _____ ISN _____ Raza _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Estado civil _____

de Seguro Social _____ M o F (circula)

Dirección Postal _____ # de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____

de Casa _____ # Celular _____ # Trabajo _____

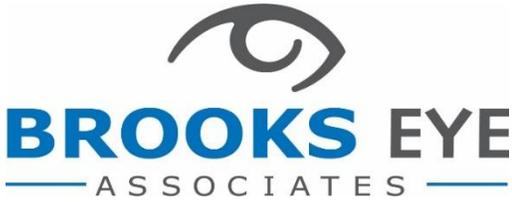
Nombre de Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

- Quien te **refirió** a nuestra práctica?: _____
- Quien es su **optometrista**?: _____ Teléfono: _____
- Quien es su **medico de atención primaria**?: _____ Teléfono: _____
- Farmacia preferida: _____ (Por favor de proveer su información de farmacia a continuación)
Calle o intersección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono: _____



Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

FDN: _____

¿Cuál es la razón por su visita hoy? _____

¿Ha tenido Cirugía ocular anteriormente? (Circula) SI o NO

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
<input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas	Fecha _____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía Corneal	Fecha _____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de Glaucoma	Fecha _____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía Refractivo (LASIK, PRK, RK)	Fecha _____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de la Retina	Fecha _____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de Estrabismo (Musculo)	Fecha _____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía Vítreo	Fecha _____	_____
<input type="checkbox"/> Otro	Fecha _____	_____

¿Ha tenido una enfermedad ocular o problema? (Circula) SI o NO
 (Ejemplos: Glaucoma, degeneración macular, iritis, o síndrome de sequedad ocular)
 Si es que si, explique: _____

Lista actual de gotas que esté utilizando: _____

¿Ha utilizado lentes de contacto? (Circula) SI o NO Si es que si, son lentes suaves o dientes duras? _____

¿Historia de enfermedad ocular en su familia? (Circula) SI o NO Si es que si, explique: _____

Cirugías mayores en los últimos 10 años: _____

Hisotia Social:

De Fumar:

- Actualmente Fumador Diario
- Actualmente Fumador de vez
- Ex Fumador
- Nunca he Fumado
- Fumador, estado Desconcido
- Desconoce si ha Fumado

Alcohol:

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Diariamente
- Frecuentemente
- Fuertemente

Drogas Recreativas:

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Diariamente
- Frecuentemente
- Fuertemente

Ocupación:

- Negocio
- Labor Manual
- Trabajo en Oficina
- Retirado
- Estudiante
- Maestro
- Conductor/Piloto
- Ingeniero

Aficiones :

- Computadora
- Música
- Costura/Arte
- Deportes
- Viajar
- Golf
- Caza
- Leyendo
- Juegos de Carta
- Otro _____

Tipo de Tabaco:

- Cigarrillos
- Cigarro
- Pipa
- Cigarrillos Electrónico

Tipo de Alcohol:

- Cerveza
- Licor
- Vino

Tipo de Droga:

- Anfetaminas
- Cocaína
- Drogas Intravenosas
- LSD
- Marijuana

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

AVISO SOBRE LA REFRACCION DE OJOS

POLITICA DE LA REFRACCION:

Una refracción de ojos es un examen diagnostico que ayudara en determinar su receta de anteojos. Es una parte esencial de su examen, pero usualmente NO es un servicio cubierto por mayor parte de los seguros médicos, incluyendo Medicare. Este examen es requerido por su compañía de seguro como una documentación necesaria para cumplir con la evaluación para hacer posible CIRUGIA DE CATARATAS. **Si el paciente le gustaría solicitar esta receta de anteojos nuestra oficina tiene un honorario de \$75 lo cual solicitaremos al final de su examen conjunto a cualquier copago al tiempo de servicio.** Usted puede optar por presentar directamente con su compañía de seguro con su recibo a la salida.

ROCONOCIMIENTO:

Yo el paciente, he leído la información explicada arriba y entiendo que si opto solicitar una receta para anteojos además de la refracción diagnóstico, este servicio no está cubierto por seguro médico. Yo acepto total responsabilidad financiera por el costo de la receta de anteojos, solamente si lo solicito y entiendo que el copago será un costo independiente de la prescripción de anteojos.

Nombre del Paciente (Impresa)

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

***Al firmar este formulario, RECONOCE que ha leído y que comprende la política anterior. No se le está cobrando una tarifa de refracción de gafas en este momento. Usted solo pagará por una receta de anteojos si la solicita.**

Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____

FDN: _____

PROCEDIMIENTOS FINANCIERAS/ DE SEGURO

Nuestra oficina ha contratado con varios cardadores de seguro o redes de atención administrada con la autorización de ser proveedores en su plan. Contractualmente, el proveedor al igual que el paciente tienen ciertas obligaciones con estos planes. Si usted tiene seguro médico, estamos ansiosos en ayudarle recibir lo máximo de sus beneficios permitidos. Sin embargo, para poder llegar a esta meta nosotros necesitamos de sus cooperaciones y sus entendimientos de nuestra política de pago.

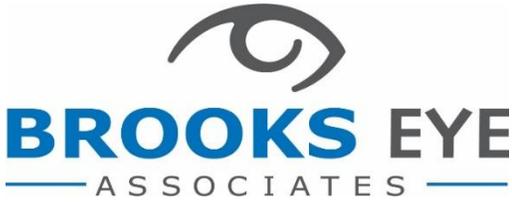
- Todo pago para servicios médicos que no están cubiertos por su plan de seguro o que se presenten en un plan de seguro se deben en el momento del servicio.
- Necesitamos tener una copia actualizada de su tarjeta de seguro al tiempo de su cita para presentar una reclamación para usted. Si no tenemos prueba valida de su seguro, el paciente será responsable por el costo total de los servicios rendidos.
- Solicitaremos todo copago / o deductible debida al tiempo del servicio.
- Su seguro médico es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato y no es nuestra responsabilidad tener conocimiento sobre los beneficios específicos de su plan de seguro.
- Verificación de sus beneficios no garantiza pago.
- No todos los servicios son beneficios cubiertos en su contrato de seguro. Algunas compañías de seguro seleccionan ciertos servicios que no cubrirán o en las cuales ponen una limitación máxima. Cualquier servicio identificado de esta manera será su responsabilidad y el pago será debido al tiempo de tal servicio.

Debemos destacar que la presentación de reclamaciones es una cortesía que extendemos a todos nuestros pacientes. Todo cargo adeudado es su responsabilidad desde la fecha que los servicios fueron rendidos. Es entendible que problemas financieros temporales puedan afectar un pago a tiempo hacia su cuenta. Si este problema sucede, por favor comuníquese prontamente con nosotros por asistencia en poder manejar su cuenta.

PORFAVOR DA A RECONOCER SU COMPRESION Y ACUERDO A ESTOS TERMINOS AL PONER SU FIRMA ABAJO:

Yo doy autorización a Brooks Eye Associates para proveer mi compañía de seguro, sus representantes o cualquier otra compañía de seguro o abogado, mi información médica solicitada. Yo entendió que Brooks Eye Associates presentara a mi seguro para un pago a tiempo sobre servicios rendidos. Estoy de acuerdo en pagar en su totalidad todos los saldos adeudados que no están pagados por la compañía de seguro.

Firma del Paciente o Guardián _____ Fecha _____



Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION

Yo he repasado las NOTIFICACIONES SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD de Brooks Eye Associates. También doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para los propósitos siguientes:

a) TRATAMIENTO

Sera necesario compartir su información médica con todos los miembros que forman parte del equipo de tratamiento para propósitos del tratamiento recibido. Esto pudiera incluir los empleados de la oficina tal como otros proveedores.

b) PAGO

Información necesaria será compartida con los recursos de pagadores apropiados y sus representantes para propósitos de pago, incluyendo, pero no limitado a elegibilidad, determinación de beneficios y repasos de utilización. También será necesario para el personal de facturación, incluyendo, pero no limitado a los empleados, administradores de casos, los representantes de reclamaciones, servicios de facturación tercera parte o cámaras de compensación de tener acceso a su información médica protegida para llevar acabo sus trabajos.

c) OPERACIONES DE CUIDADO MEDICA

Información necesaria será utilizada para continuar las operaciones de esta oficina. Algunos ejemplos incluyen, pero no son limitados a revisión entre empleados, acreditaciones, proceso de acreditación y el cumplimiento de todas las leyes federales y las leyes de estado.

Yo entiendo que mi tratamiento será provisto bajo mi consentimiento. Esta misma petición será dada libremente y yo entiendo que puedo renunciarla a cualquier momento por letra, que aplicará a divulgaciones y los usos hecho posteriormente a la fecha de revocación.

d) DIVULGACIONES DE INFORMACION MEDICA

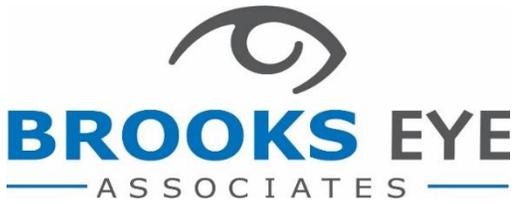
Por favor escribe a continuación los nombres de los individuos a quienes usted de autorización a los miembros de nuestra oficina de compartir su información médica (ejemplos: Cónyuge o Hijo/a):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Nombre del Paciente (impresa)

Fecha

Firma del Paciente o Guardian



Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

PROCEDIMIENTOS SOBRE REEMBOLSO PARA EL PACIENTE

Brooks Eye Associates se esfuerza por reunir la cantidad exacta adeudada de los pacientes para copagos, deductibles, con seguros y para Lentes de Tecnología Avanzada.

Sin embargo, en algunas ocasiones le será debido un reembolso al paciente. En la instancia que requiere un reembolso, las siguientes regulaciones aplican:

- Reembolsos serán procesados para pago dentro de 30 días de notificación del proveedor de seguro, paciente o desde la explicación de beneficios que un reembolso le es debido al paciente.
- En el caso de que un pago fue emitido por medio de cheque o en efectivo, nosotros reembolsaremos en forma de cheque y lo mandaremos por correo a la dirección más reciente notado en su archivo.

Yo (nombre impresa) _____ he leído los procedimientos de Brooks Eye Associates sobre un reembolso y entiendo cómo se procesan rebosamientos.

Firma del Paciente o Guardian

Fecha

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

Evaluación de la Visión de Estilo de Vida

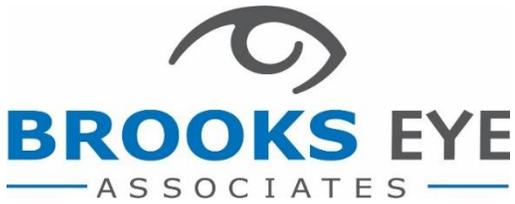
Dr. Dain Brooks, se esfuerza por ofrecer la mejor calidad de atención y personalizar soluciones de visión para sus pacientes quienes desean la cirugía de cataratas o un cambio de lente refractivo. Esta forma será para el doctor una ayuda para poder elegir el tratamiento más adecuado para sus necesidades visuales y su de vida.

Nombre: _____ Fecha: _____

- 1) ¿Cuál es su pasatiempo favorito? _____
- 2) ¿Si usted trabaja, que son algunas de sus tareas relacionadas con el trabajo?

- 3) Si Dr. Brooks determina que usted es candidato para la tecnología avanzada que actualmente está disponible, estaría abierto a escuchar acerca de un implante que podría significativamente reducir o posiblemente eliminar su necesidad de gafas? (circula) SI o NO
- 4) Si usted tuviese que usar lentes de gafas / contactos después de la cirugía para una actividad, para cuál de las siguientes actividades estaría más dispuesto a usar gafas?
 Lectura de Letra Pequeña Computadoras Televisión/Conduciendo
- 5) ¿Cómo describiría su personalidad?
 De Trato Fácil Entremedias Meticulosos/Detallado

Es importante entender que aun podrá necesitar gafas para algunas de sus actividades cotidianas después de la cirugía.



Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

ROCONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE RECEPCION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo (nombre impresa) _____ reconozco que yo he recibido una copia del paquete que explica Las Practicas de Privacidad de Brooks Eye Associates. Yo entiendo que este paquete se ha proveído solamente con un propósito informativo y educativo y es un requisito de parte de las pautas de HIPPA que la oficina de mi doctor me proporcione este aviso

Forma del Paciente o Guardian

Fecha

[Este formulario no constituye asesoramiento legal y es solo para fines educativos. Este formulario se basa en la ley federal actual y está sujeto a cambios según los cambios en la ley federal o la orientación interpretativa posterior. Este formulario se basa en la ley federal y debe modificarse para reflejar la ley estatal donde esa ley estatal es más estricta que la ley federal u otras excepciones de la ley estatal.]

BROOKS EYE ASSOCIATES, PLLC
AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

**Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, por favor contacte a nuestro
Oficial de Privacidad, Steve Weihing**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La “información médica protegida” es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y con los servicios de atención médica relacionados.

Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información de salud protegida que mantenemos en ese momento. A su solicitud, le proporcionaremos cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. Puede solicitar una versión revisada ingresando a nuestro sitio web o llamando a la oficina y solicitando que se le envíe una copia revisada por correo o solicitando una en el momento de su próxima cita.

1. Usos y Divulgaciones de Información de Salud Protegida

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de atención médica. Su información médica protegida también se puede usar y divulgar para pagar sus facturas de atención médica y para respaldar el funcionamiento de la práctica de su médico.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información médica protegida que el consultorio de su médico puede realizar. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede realizar nuestra oficina.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con otro proveedor. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica a domicilio que le brinde atención. También divulgaremos información médica protegida a otros médicos que lo estén tratando. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser provista a un médico al que lo han remitido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo. Además, podemos divulgar su información médica protegida de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (por ejemplo, un especialista o

laboratorio) que, a solicitud de su médico, participe en su atención brindándole asistencia con su Atención médica, diagnóstico o tratamiento a su médico.

Pago: Su información médica protegida se usará y divulgará, según sea necesario, para obtener el pago por los servicios de atención médica que le brindamos nosotros o algún otro proveedor. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede emprender antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, tales como: determinar la elegibilidad o cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le proporcionaron por necesidad médica, y realizar actividades de revisión de utilización. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias, actividades de recaudación de fondos y realización o organización de otras actividades comerciales.

Compartiremos su información médica protegida con terceros "socios comerciales" que realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o transcripción) para nuestra práctica. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial implique el uso o divulgación de su información de salud protegida, tendremos un contrato por escrito que contiene términos que protegerán la privacidad de su información de salud protegida.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad para solicitar que no se le envíen estos materiales.

Podemos usar o divulgar su información demográfica y las fechas en que recibió tratamiento de su médico, según sea necesario, para contactarlo para actividades de recaudación de fondos respaldadas por nuestra oficina. Si no desea recibir estos materiales, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad y solicite que no se le envíen estos materiales de recaudación de fondos.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que pueden hacerse sin su autorización u oportunidad de aceptar u objetar

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización o brindándole la oportunidad de aceptar u objetar. Estas situaciones incluyen:

Requerido por la ley: podemos usar o divulgar su información médica protegida en la medida en que la ley exija el uso o la divulgación. El uso o la divulgación se realizará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Se le notificará, si así lo exige la ley, de dichos usos o divulgaciones.

Salud pública: podemos divulgar su información médica protegida para fines y actividades de salud pública a una autoridad de salud pública autorizada por ley para recopilar o recibir la

información. Por ejemplo, se puede hacer una divulgación con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Enfermedades transmisibles: podemos divulgar su información médica protegida, si así lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o afección.

Supervisión de la salud: podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

Abuso o negligencia: podemos divulgar su información médica protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se realizará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

Administración de Alimentos y Medicamentos: Podemos divulgar su información médica protegida a una persona o compañía requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos con el propósito de calidad, seguridad o efectividad de productos o actividades regulados por la FDA, incluyendo, para informar eventos adversos, defectos del producto. o problemas, desviaciones de productos biológicos, para rastrear productos; para permitir el retiro de productos; para hacer reparaciones o reemplazos, o para llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización, según sea necesario.

Procedimientos legales: Podemos divulgar información médica protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada), o en ciertas condiciones en respuesta a una citación. , solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

Cumplimiento de la ley: También podemos divulgar información médica protegida, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de cumplimiento de la ley. Estos propósitos de aplicación de la ley incluyen (1) procesos legales y de otro modo requeridos por la ley, (2) solicitudes de información limitada para propósitos de identificación y ubicación, (3) relacionados con víctimas de un delito, (4) sospecha de que ha ocurrido una muerte como resultado de conducta criminal, (5) en el caso de que ocurra un delito en las instalaciones de nuestra práctica, y (6) emergencia médica (no en las instalaciones de nuestra práctica) y es probable que haya ocurrido un delito.

Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o examinador médico con fines de identificación, determinando la causa de la muerte o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar información médica protegida a un director de servicios funerarios, según lo autorice la ley, para permitir

que el director de servicios funerarios desempeñe sus funciones. Podemos divulgar dicha información en anticipación razonable de la muerte. La información médica protegida puede ser utilizada y divulgada para donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

Investigación: podemos divulgar su información de salud protegida a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecidos protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud protegida.

Actividad criminal: De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información médica protegida, si creemos que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información médica protegida si es necesario que las autoridades policiales identifiquen o detengan a una persona.

Actividad militar y seguridad nacional: cuando se aplican las condiciones adecuadas, podemos usar o divulgar información médica protegida de individuos que son personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades que las autoridades de comando militar pertinentes consideren necesarias; (2) para el propósito de una determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para los beneficios, o (3) a la autoridad militar extranjera si usted es miembro de los servicios militares extranjeros. También podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluso para la prestación de servicios de protección al Presidente u otras personas legalmente autorizadas.

Compensación para trabajadores: Podemos divulgar su información médica protegida según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores y otros programas similares establecidos legalmente.

Reclusos: podemos usar o divulgar su información médica protegida si usted está recluso en una institución correccional y su médico creó o recibió su información médica protegida en el curso de la atención que le brindamos.

Usos y divulgaciones de información médica protegida según su autorización por escrito

Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley lo permita o exija lo contrario, según se describe a continuación. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica protegida por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Comprenda que no podemos recuperar las divulgaciones ya realizadas con su autorización.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que requieren que se le brinde la oportunidad de aceptar u objetar

Podemos usar y divulgar su información médica protegida en los siguientes casos. Tiene la oportunidad de aceptar u objetar el uso o divulgación de toda o parte de su información de salud protegida. Si no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o divulgación de la información

de salud protegida, entonces su médico puede, con criterio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted.

Directorios de instalaciones: a menos que usted se oponga, usaremos y divulgaremos en nuestro directorio de instalaciones su nombre, la ubicación en la que recibe la atención, su estado general (como justo o estable) y su afiliación religiosa. Toda esta información, excepto la afiliación religiosa, se divulgará a las personas que lo soliciten por su nombre. Su afiliación religiosa solo se otorgará a un miembro del clero, como un sacerdote o un rabino.

Otras personas involucradas en su atención médica o en el pago de su atención: a menos que usted se oponga, podemos divulgarla a un miembro de su familia, un familiar, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su cuidado de la salud. Si no puede aceptar u objetar dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que está en su mejor interés en función de nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar información médica protegida para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado de su ubicación, condición general o muerte. Finalmente, podemos usar o divulgar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de ayuda en casos de desastre y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

2. Tus derechos

A continuación se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida durante el tiempo que mantengamos la información médica protegida. Puede obtener su registro médico que contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que su médico y la práctica usen para tomar decisiones sobre usted. **Según lo permitido por la ley federal o estatal, podemos cobrarle una tarifa de copia razonable por una copia de sus registros.**

Sin embargo, bajo la ley federal, **usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo; y los resultados de laboratorio que están sujetos a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protegida.** Dependiendo de las circunstancias, la decisión de denegar el acceso puede ser revisable. En algunas circunstancias, es posible que tenga derecho a que se revise esta decisión. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si tiene preguntas sobre el acceso a su registro médico.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no sea divulgada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o con fines de notificación, como

se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién quiere que se aplique la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si su médico acepta la restricción solicitada, no podemos usar ni divulgar su información médica protegida en violación de esa restricción, a menos que sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Con esto en mente, discuta cualquier restricción que desee solicitar con su médico. Puede solicitar una restricción de **[describa cómo el paciente puede obtener una restricción.]**

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Vamos a acomodar las solicitudes razonables. También podemos condicionar esta adaptación solicitándole información sobre cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le solicitaremos una explicación sobre la base de la solicitud. Por favor haga esta solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Es posible que tenga derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Esto significa que puede solicitar una modificación de su información médica protegida en un registro designado durante el tiempo que mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos rechazar su solicitud de modificación. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si tiene preguntas sobre la modificación de su registro médico.

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hayamos realizado, en su caso, de su información médica protegida. Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines distintos del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica según se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Excluye las divulgaciones que le hayamos hecho si usted nos autorizó a hacer la divulgación, para un directorio de instalaciones, a familiares o amigos involucrados en su atención, o con fines de notificación, para seguridad nacional o inteligencia, a agentes del orden público (según lo previsto) en la regla de privacidad) o instalaciones correccionales, como parte de una divulgación de conjunto de datos limitada. Tiene derecho a recibir información específica sobre estas divulgaciones que se produzcan después del 14 de abril de 2003. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso de parte nuestra, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de manera electrónica.

3. QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad, **Steve Weihing** a **(972) 403-1110** o **sweihing@brookseyemd.com** para más información sobre el proceso de quejas.

Este aviso fue publicado y entró en vigencia **el 11 de junio de 2019.**