

La Fecha \_\_\_\_\_

Acct# \_\_\_\_\_

### HIPAA Y ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Con mi firma a continuación, reconozco que he tenido la oportunidad de leer o recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad de Ophthalmology Associates y he leído el reverso de este formulario.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE – IMPRESO**

\_\_\_\_\_  
**\*\*\*\* FIRMA DEL PACIENTE \*\*\*\***

**\*\*\*\* Si el paciente no puede completar este formulario por sí mismo o no toma sus propias decisiones médicas; por ejemplo: es un niño, no habla, tiene un tutor o alguien con poder notarial médico con ellos O vive en un centro con una enfermera o un cuidador médico que asiste o vive en casa con un amigo o familiar cuidador), complete la información destacada a continuación. \*\*\*\***

**\*\*\*\* Pt no puede firmar porque:** \_\_\_\_\_

**\*\*\*\***  **EL PACIENTE VIVE EN CASA** \_\_\_\_\_

Nombre del padre o cuidador familiar / Relación

**\*\*\*\***  **EL PACIENTE VIVE EN EL CENTRO** \_\_\_\_\_

Nombre de la instalación / Dirección / Teléfono

\_\_\_\_\_  
**\*\* NOMBRE del PADRE - impreso**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre**

\_\_\_\_\_  
**\*\* NOMBRE DEL CUIDADOR - impreso**

\_\_\_\_\_  
**Firma del CUIDADOR**

\_\_\_\_\_  
**\*\* NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O PODER MÉDICO - impreso**

\_\_\_\_\_  
**Firma de TUTOR LEGAL O PODER MÉDICO**

### **A quién podemos dar información con respecto a su condición médica, tratamiento o diagnóstico?**

Relación	Nombre	Teléfono
Guardián	_____	_____
Facilidad	_____	_____
Amigos y familiares	_____	_____
_____	_____	_____

### **¿Hay alguien a quien NUNCA se le debe dar su información médica??**

### **Me pueden contactar con respecto a la cita e información médica de los siguientes métodos:**

- Mensaje de texto a \_\_\_\_\_
- Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_
- Teléfono celular \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? **SI NO**
- Número de casa \_\_\_\_\_ Que dejemos un mensaje? **SI NO**
- Número de trabajo \_\_\_\_\_ Que dejemos un mensaje? **SI NO**

- Copy of POA received and uploaded
- Patient Declined to Sign

\_\_\_\_\_  
Employee Initial / Date

## **OPHTHALMOLOGY ASSOCIATES**

### **AVISO PARA PACIENTES SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

La protección de su información de salud es importante para nosotros en Ophthalmology Associates. Tenemos a su disposición una versión completa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad si desea leerlo en su totalidad. Este aviso se puede encontrar en nuestro sitio web **[www.fw2020.com/patient](http://www.fw2020.com/patient) formularios de información/paciente** O nuestra recepción le dará una copia cuando llegue a su visita. Le pedimos que reconozca su oportunidad de revisar una copia completa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad firmando el formulario de HIPAA y Reconocimiento a continuación. La prestación de sus servicios de atención médica no estará condicionada de ninguna manera a su reconocimiento firmado. Si tiene alguna pregunta sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad, notifique a un médico o miembro del personal de Ophthalmology Associates.

#### **Por favor, lea lo siguiente**

Se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad en Ophthalmology Associates.

Entiendo que Ophthalmology Associates está comprometido a tratar y usar la información de salud protegida sobre mí de manera responsable. Al utilizar esta información, esta oficina cumplirá con todas las leyes estatales y federales relacionadas con sus derechos de privacidad, incluidas las protecciones de privacidad y seguridad que le proporciona la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA").

Entiendo que mi registro de salud es propiedad física y legal de Ophthalmology Associates, pero la información me pertenece. Puedo tener acceso para inspeccionar, enmendar u obtener una copia de mi información de salud. Se incurrirá en costos para las copias de mis registros, y se deben hacer citas con el Oficial de Privacidad para inspeccionar, acceder o enmendar mi información de salud.

Entiendo que Ophthalmology Associates está obligado a mantener la privacidad de mi información de salud. Ophthalmology Associates requerirá mi autorización para divulgar mi información de salud a fuentes externas, excepto para divulgaciones con fines de **tratamiento, pago y operaciones de atención médica**. Su autorización deberá ser por escrito y será específica para la divulgación solicitada. Su autorización para el uso y la divulgación de información, con las excepciones mencionadas anteriormente, puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Por favor, notifique a esta oficina si alguna vez decide revocar su consentimiento.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito a nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA en la siguiente dirección:

Ophthalmology Associates  
1201 Summit Avenue  
Fort Worth, TX 76102  
Attn: My Le, Privacy Officer

