

Fecha: _____

Cuenta # _____

ASOCIADOS EN OFTALMOLOGÍA
HIPAA y Acuse de Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad

Acuse de Reconocimiento del Paciente – He leído la parte trasera de este formulario - "Aviso al Paciente sobre Prácticas de Privacidad."

Nombre del paciente (impreso): _____ **DOB** _____

Dirección: _____ Phone: _____

Firma del paciente: _____

El lenguaje preferido del paciente _____

¿El paciente vive o se aloja en un centro de enfermería especializada o rehabilitación? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si es así, nombre de la instalación _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del contacto en la instalación: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____

SI ESTÁS RELLENANDO ESTE FORMULARIO PARA EL PACIENTE

Tu nombre: _____

Relación con el paciente: _____ **Phone#** _____

¿Por qué el paciente no puede completar este formulario? ☐ Pt. es ciego ☐ El paciente tiene demencia

☐ El paciente es un menor/menor - ¿Eres el tutor legal o el padre custodio? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si no, ¿tienes una copia del Poder Notarial Médico o un permiso escrito del tutor legal para tomar decisiones médicas hoy? ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre del tutor legal _____ Teléfono _____

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

¿Con quién podemos hablar de tu información médica, incluyendo visitas, tratamientos y diagnóstico?

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO #
--------	----------	------------

1. _____

2. _____

3. _____

¿Hay alguien a quien NUNCA le debes dar tu información médica? Si es así, por favor indica nombre(s):

PREFERENCIAS DE CONTACTO – ¿Cómo podemos contactar contigo respecto a citas o información médica?

☐ Dirección de correo electrónico: _____

☐ Mensaje de Texto: # _____ ¿Podemos dejar un mensaje? ☐ **Sí** ☐ **No**

☐ Móvil: # _____ ¿Podemos dejar un mensaje? ☐ **Sí** ☐ **No**

☐ Número de casa: # _____ ¿Podemos dejar un mensaje? ☐ **Sí** ☐ **No**

☐ Número de trabajo: # _____ ¿Podemos dejar un mensaje? ☐ **Sí** ☐ **No**

Asociados de Oftalmología
Aviso para pacientes sobre prácticas de privacidad

La protección de tu información sanitaria es importante para nosotros en Ophthalmology Associates.

Una copia completa de nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* está disponible:

- En nuestra web en www.fw2020.com/patientinformation/patientforms, o
- En nuestra recepción, a petición.

Tus servicios de salud no se verán afectados por si firmas o no este acuse de recibo.

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte con un médico o miembro del personal de Ophthalmology Associates.

Por favor, lee lo siguiente:

Reconozco que he tenido la oportunidad de leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad* en Ophthalmology Associates. Lo entiendo:

- Ophthalmology Associates está comprometida con el uso responsable de mi información sanitaria protegida en cumplimiento con las leyes estatales y federales, incluida la HIPAA.
- Mi historial médico es propiedad física y legal de Ophthalmology Associates, pero la información me pertenece a mí.
 - Puedo inspeccionar, modificar u obtener una copia de mi información sanitaria.
 - Pueden aplicarse costes si solicito una copia de mi información sanitaria.
- Ophthalmology Associates mantendrá la privacidad de mi información sanitaria.
 - Se requiere autorización por escrito para la divulgación a fuentes externas, excepto para tratamientos, pagos y operaciones sanitarias.
 - Puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento.

Si considero que se han violado mis derechos de privacidad, puedo presentar una queja por escrito a:

Asociados de oftalmología.
Atención: My Le, responsable de privacidad
1201 Summit Avenue, Fort Worth, TX 76102
Fecha de revisión del aviso: junio de 2026