

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 debas 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: \_\_\_\_\_

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](http://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