



Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador _____ Teléfono de la empresa _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____

Nombre del cónyuge _____

Cónyuge empleado por _____ Teléfono de la empresa _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____

Si el paciente es menor de edad:

Nombre del Tutor _____

Empleador del Tutor _____ Teléfono de la empresa _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____

Persona responsable por pagar los servicios _____

Si el pago es completado por vía cheque:

Por favor indique el numero de licencia de conducir _____ Estado _____

Referido por _____ Dirección _____

Medico Primario _____ Dirección _____

Anterior medico oculista _____ Dirección _____

Si está asegurado:

Proveer nombre, dirección de la compañía y número de póliza _____

En caso de emergencia, ¿A quién nos comunicamos? _____

_____ Firma



Para proveer por el cuidado de tu salud, Southwest Retina Eye Center recopila información acerca de tu historial médico de salud, exploración física y resultados de exámenes, diagnósticos, y tratamientos. Uso y divulgación de información de salud protegida es regulada por una ley federal conocida como The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"). A través de HIPAA, los proveedores de la salud, necesitaran obtener tu consentimiento para el uso de información personal de la salud para tratamiento, pagos, o alguna operación de salud, pero no están obligados a hacerlo.

Por lo tanto, Yo, _____ (nombre impreso de paciente o representante legal), otorgo el consentimiento a Southwest Retina Eye Center para el uso de información de salud (seleccione uno) _____ de mi mismo o especificando: _____ por los siguientes propósitos:

Si usted está firmando como representante legal, documentación legal será requerida para probar su derecho legal.

1. Tratamiento (realizar acciones requeridas, para ayudar a obtener un diagnóstico, mantener o mejorar la salud).
2. Pagos (obtener el reembolso de por medio de terceras partes).
3. Operaciones de salud (llevar a cabo, analizar, y mejorar procesos relacionados al cuidado de la salud).

Southwest Retina Eye Center tiene prácticas privadas que se encuentran resumidas en nuestro **Acuse de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad**. Este aviso describe el uso y divulgación de información de salud protegida, derechos del paciente relevantes para examinar historial médico, solicitando modificaciones o inclusiones a estos mismos, solicitando así también restricciones para el uso de la información médica, notificando si la información de salud protegida ha sido divulgada y a quien, también el registro y quejas relevantes entorno a la privacidad. El aviso también describe como adquirir estos derechos. Se me ha otorgado, o con anterioridad una copia de este Aviso y se me ha dado la oportunidad de revisar con anterioridad el consentimiento de este aviso y así por consecuente firmarlo. También entiendo que si yo no decidiera firmar este consentimiento, Southwest Retina Eye Center puede declinar el derecho de atención de cuidados médicos.

El consentimiento que estoy firmando el día de hoy, tiene una cobertura en el presente y en el futuro cualquier cuidado médico o actividades desempeñadas en mi por Southwest Retina Eye Center en respecto a mi tratamiento, pagos y cirugías. Este consentimiento reemplaza cualquier otro consentimiento anterior que ya haya firmado con Southwest Retina Eye Center para cualquier uso entorno a mi información de cuidados médicos. Si por alguna razón quisiera



Autorización para divulgar Información de Salud Protegida

En orden de Southwest Retina Eye Center para difundir cualquier información del paciente, es necesario obtener un permiso escrito para divulgar esta información.

Esta información incluye condición médica del paciente, citas medicas fecha y hora, y cualquier otra información referente al paciente.

Este consentimiento no pertenece a nuestra Liberación de Registros Médico, usted necesitara llenar y firmar la Forma de Liberación de Registros Médicos.

Por favor llenar cada uno de los espacios siguientes:

_____ Si, deseo que mi información sea liberada a:

Nombre	Parentesco	Número de Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____ No, deseo que mi información sea liberada, ni tengan acceso a mis registros médicos ninguna persona ajena a mí.

Firma del Paciente

Fecha de la Firma



Acuse de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad
 (Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices)

Uso y divulgación de información de salud es protegida y regulada por una ley federal conocida como Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Medico por sus siglas en ingles (The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1966 ("HIPPA"). En conjunto con HIPPA, los proveedores de salud son requeridos, de proveer al paciente su Aviso de Practicas de Privacidad para Proteger cualquier Información relacionada con su salud y hacer una negociación de buena fe para obtener una confirmación por escrito, que se le ha informado y presentado esta notificación.

Por lo tanto yo, _____ (nombre impreso del paciente o representante personal), reconozco Southwest Retina Eye Center ha facilitado una copia por escrito de este Aviso de Practicas de Privacidad de la Información Médica protegida a Yo: _____ o

Específico: _____
 (si firma como representante legal, la documentación legal de su derecho debe ser proporcionada)

Firma del paciente o Representante legal	Fecha	Nombre Impreso	Relación con el paciente (si no es uno mismo).
------------------------------------------	-------	----------------	------------------------------------------------

Para ser completado por Southwest Retina Eye Center:

De buena fe se trato de proveer al paciente descrito con una copia de este Aviso de Practicas de Privacidad de la Información Medica, pero no logramos llevarlo a cabo por las razones siguientes:

 Nombre impreso _____ Titulo _____ Firma _____
 Fecha _____



Le damos la Bienvenida como paciente y apreciamos la oportunidad de participar en su atención médica. Esperamos que usted entienda nuestras políticas de recaudación de ingresos, son una parte necesaria para asegurar los recursos financieros, y así mantener esta facilidad de atención medica hacia nuestros pacientes y la comunidad.

Si usted tiene seguro de salud, se hace constar que este es un acuerdo entre usted y una compañía de seguros, a pagar cierta cifra por la atención médica. La factura de su médico es un acuerdo entre usted y su médico. Usted es responsable por el pago de su factura, independientemente del estado de su reclamación del seguro.

Para nuestros pacientes privados de pago: Usted es responsable por todos los cargos adquiridos en su primera visita, con la excepción: si usted tiene cirugía vamos a presentar a su seguro. Usted es responsable por el deducible anual y cualquier otro cobro no cubierto por su seguro de salud. Es necesario que nos proporcione un formulario de reclamación completo antes de poder presentar su seguro.

Para nuestros pacientes de Medicare: Estaremos encantados de presentar su reclamación de seguro de Medicare por usted. Usted es responsable del deducible, 20% y la presentación de su seguro complementario y/o seguro secundario.

Yo por medio de la presente autorizo a Southwest Retina Eye Center, José A Mayans, M.D. o representantes de los mismos, proporcionar información sobre mi nombre y dependientes cubiertos, como sea necesario para procesar reclamos de atención medica en los servicios prestados. Yo sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización cuando la solicite y estoy de acuerdo que una copia fotográfica de esta autorización es válida como el original.

Fecha _____ Firma _____

Relación con el paciente _____

revocar este consentimiento, Southwest Retina Eye Center discontinuara el cuidado de mi salud.

A menos que me oponga, mi nombre, dirección y condición general será listada en el directorio del paciente. A menos que me oponga mi nombre y dirección será divulgada a cualquiera que pregunte por mi nombre. A menos que yo solicite que mi información sea divulgada a otras personas envueltas en el cuidado de mi salud (ej. miembros de la familia, representantes legales, aquellos que me acompañen el cuidado de mi salud. A menos que me oponga, la afiliación religiosa, puede ser divulgada a miembros del clero.

Tengo el derecho de solicitar restricciones o limitaciones de como mi información médica protegida será utilizada, para llevar a cabo algún tratamiento, pagos o alguna operación de salud. Yo entiendo que HIPAA no requiere ninguna solicitud para ser aceptada, pero si alguna restricción es aceptada, entonces ellos tendrán que llevarlas a cabo. Yo solicito que las siguientes restricciones de uso y divulgación de mi información médica protegida: _____ ninguna por favor listar a continuación:

Firma del paciente o Representante Legal	Fecha	Testigo	Fecha
------------------------------------------	-------	---------	-------

Por favor completar Southwest Retina Eye Center

Nombre completo	Título	Firma	Fecha
-----------------	--------	-------	-------

Si alguna restricción ha sido solicitada, el representante legal autorizado aprueba ciertas restricciones deberá firmar.