



NOTICIA DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE

Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Nuestro "Aviso de Políticas de Privacidad" esta disponible en la recepción y también en línea en nuestro sitio web, y proporciona información detallada acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud. Los detalles de esta poliza están en pleno cumplimiento con todas las disposiciones, incluidas las actualizaciones más recientes.

Autorización para el uso y divulgación de Información Protegida de Salud

Copias de nuestro "Aviso de Políticas de Privacidad", proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y revelar información médica confidencial acerca de usted, y es compatible con las exigencias de la HIPPA de 1996 . Nosotros nos reservamos el derecho a modificar los términos descritos allí. Si esto ocurre, haremos disponible la nueva poliza con la fecha efectiva en nuestra oficina. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones y protección en como usamos su información para tratamiento, para pagos o cobros, y para operaciones relacionadas con los servicios médicos. No estamos obligados a estar de acuerdo con sus restricciones, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo con usted.

Al firmar a continuación, confirma recibo de la "Aviso de Políticas de Privacidad" y da su consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para el tratamiento, pago y operaciones relacionadas con los servicios medicos. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto en los casos en los que Visionary Ophthalmology ya haya hecho uso o divulgacion de mi información basados en un consentimiento previo. Si usted tiene alguna pregunta por favor llámenos al **301-896-0890**.

Firma: _____

Fecha: _____

Imprima el nombre: _____

Personas, Represent antes o Enfilades quee peen tenor access a su información medica protegida.

Por favor escriba los nombres de las personas o entidades que pueden obtener acceso a su información de salud protegida. Las personas indicadas deben ser mayores de 18 años de edad.

Nombre de la persona autorizada/representante

Relación

Teléfono

Nombre de la persona autorizada/representante

Relación

Teléfono

Autorización del Paciente/ Formas de Contacto

Es posible que no podamos contactar a pacientes directamente durante horas hábiles del día. En estas ocasiones nuestra oficina contactara a pacientes y les dejara mensajes por los medios de comunicación proveidos por el paciente. Debido a polizas federales de HIPPA y como regla mandatoria de privacidad, debemos obtener su autorización para continuar con esta forma de comunicación. Ejemplos de Información protegida de salud para los que le contactaríamos a su casa, celular, trabajo, o correo electrónico incluyen, entre otros: resultados de exámenes, prescripciones/información de su farmacia, instrucciones para su citas y procedimientos, horarios y información sobre cirugías.

SI, Yo autorizo a Visionary Ophthalmology a dejarme mensajes que contienen Información de Salud protegida por cualquiera de estos medios: casa, celular, trabajo/o correo electrónico.

NO, No autorizo a Visionary Ophthalmology a dejarme mensajes que contienen Información de Salud protegida por ninguno de estos medios: casa, celular, trabajo/o correo electrónico.