

CONSENTIMIENTO HIPAA DE EL PACIENTE DE EL RECIBO DE NOTICIA DE PRIVACIDAD DE LA CLINICA Y AUTORIZACION DE CONSENTIMIENTO/LIMITADO CON FORMA DE LIBERACION

Usted puede negar el firmar este consentimiento y autorización. Al negarlo, es probable que no podamos procesar su reclamación de seguro.

Yo entiendo que Eye 2 Eye Care va utilizar y revelar mi información medica. Yo entiendo que mi información medica pueda incluir información creada y recibida por la clínica de ojos, tanto como escrita en una forma, records electrónicos o hablando, y pueda incluir información sobre mis datos demográficos, mi historia medica, el estatus de mi salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, prescripciones, y tipos similares de información medica relacionada.

Yo entiendo y acepto que Esta Clínica pueda utilizar y revelar mi información medica para poder:

- Tomar decisiones sobre mi plan de cuidado y tratamiento
- Referirme a, consulta con, coordinarme con, y dirigirme con otros proveedores de servicio de salud.
- Determinar mi elegibilidad para un plan medico o cobertura de seguro, y entregar cuentas, reclamaciones, y otras informaciones relacionadas a compañías de seguros u otros que sean responsables en pagar por algún o todo cuidado de mi salud.
- Llevar acabo varias funciones de oficina, administrativo y negocio que apoye los esfuerzos de mi doctor para que me pueda proveer con arreglos, y ser reembolsado con calidad de manera económica para mi cuidado de salud.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Yo entiendo que es mi deber pagar cualquier deducible, co-seguro, co-pagos, y servicios que no sean cubiertos.

SI UN PACIENTE TIENE UN EXAMEN DE LENTES DE CONTACTO: Yo entiendo que e recibido y e tenido acceso a mi prescripción finalizada de lentes de contacto.

Yo también entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar descripción escrita en cómo Esta Clínica maneja mi información medica. Esta descripción escrita es muy conocida como Noticia de Privacidad de Clínicas de el cual describe los usos que revela la información de salud e información de la clínica que es seguido por los empleadores y otro personal de la oficina de esta Clínica, y mis derechos sobre mi información medica.

Yo entiendo que la Noticia de Privacidad de Clínicas pueda revisar de vez en cuándo, y que pueda yo estar titulado en recibir una copia de cualquier Noticia de Privacidad de Clínicas revisada. También entiendo que pueda recibir una copia o un resumen de la version mas reciente de esta Noticia de Privacidad de Clínicas. Yo entiendo que tengo el derecho de preguntar que algún o toda mi información medica no sea utilizada o divulgada como lo describe la Noticia de Privacidad de Clínicas, y entiendo que Esta Clínica no es requerida bajo la ley en aceptar este tipo de petición. Una copia firmada y con fecha de este documento tiene que ser exactamente efectiva como la original. Mi firma también va servir como un documento de liberación PHI (Protected Health Information - Información Medica Protegida) para cuando el personal pida documentos personales para mandar en el futuro a otros doctores/clínicas.

YO AUTORIZO QUE MI INFORMACION SOBRE MI SALUD SEA TRANSPORTADA POR MEDIO DE:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Confirmación en el celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a mi celular | <input type="checkbox"/> Confirmación al teléfono de casa |
| <input type="checkbox"/> Confirmación al correo electrónico | <input type="checkbox"/> Confirmación al numero de trabajo | <input type="checkbox"/> Confirmación al fax |
| <input type="checkbox"/> Todos los de arriba | | |

Por Favor Escribe Tu Nombre

Por Favor Firma Tu Nombre

Representante Legal

Descripción de Autoridad

Fecha

Uso de Oficina

Como Oficial de Privacidad, yo voy intentar en obtener la firma de el paciente (o representante) en este consentimiento pero no por que:

- Fue un tratamiento de emergencia No pude comunicarme con el paciente El paciente se niega en firmar El paciente no pudo firmar por que
 Otro (Por favor describa)

Firma de el Oficial de Privacidad: _____