

# SOUTH FLORIDA EYE CARE CENTER

Office of Drs. Furnari and Lofton

## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE: LETRA DE IMPRENTA

Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título:  Sr.  Sra.  Señorita  Dr/a.  Otro \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Nombre de esposo/a \_\_\_\_\_ Si es niño, nombre de padres \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt /Lote \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Alt \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Lugar de empleo/escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (necesario para verificar seguros) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de la vista?  Sí  No

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

**FAVOR DE PROVEER TARJETAS DE SEGUROS Y  
IDENTIFICACIÓN PARA GUARDAR EN ARCHIVO**

Fecha de último examen de la vista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Usted usa gafas? .....  Sí .....  No

¿Estás usando lentes de contacto? .....  Sí .....  No

¿Está interesado en usar lentes de contacto? .....  Sí .....  No

¿Está interesado en la corrección de la visión láser? .....  Sí .....  No

¿Algún problema de los ojos o problemas de visión? .....  Sí .....  No

En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy \_\_\_\_\_

¿Cómo fue referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Acuso recibo de una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Drs. Furnari y Lofton.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# SOUTH FLORIDA EYE CARE CENTER

Office of Drs. Furnari and Lofton

Fecha de entrada en vigencia de la notificación: \_\_\_\_\_

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. SE RUEGA EXAMINARLA ATENTAMENTE.**

**Respetamos nuestra obligación legal de mantener confidencial la información sobre su salud que lo identifica. Estamos obligados por ley a notificarle nuestras prácticas en materia de privacidad. Esta Notificación describe cómo protegemos la información sobre su salud y qué derechos tiene usted sobre ello.**

### TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA

El motivo más común por el cual usamos o divulgamos la información sobre su salud es para fines de tratamiento, pago o las operaciones de asistencia sanitaria. A continuación se indican algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos la información para fines de tratamiento: concertar una cita para usted; examinarle la vista; recetarle anteojos, lentes de contacto o medicamentos para la vista y enviar las recetas por fax para su preparación; mostrarle medios auxiliares para casos de poca visión; derivarlo a otro médico o a un consultorio de oftalmología o donde le proporcionen medios auxiliares o servicios para casos de poca visión; u obtener copias de la información sobre su salud de otro profesional al que usted haya consultado antes de vernos a nosotros. A continuación se indican algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos la información sobre su salud para fines de pago: preguntarle sobre sus planes de asistencia sanitaria u oftalmología, u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas o reclamos; y cobrar los montos no pagos (ya sea nosotros mismos o mediante una agencia de cobranza o un abogado). "Operaciones de asistencia sanitaria" significan las funciones administrativas y gerenciales que tenemos que desempeñar para poder dirigir nuestro consultorio. A continuación se indican algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos la información sobre su salud para operaciones de asistencia sanitaria: auditorías financieras o de facturación; garantía de calidad interna; decisiones en materia de personal; participación en planes de contención del gasto sanitario; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; y almacenamiento externo de nuestros registros.

Como rutina usamos la información sobre su salud dentro de nuestro consultorio para estos fines sin necesidad de un permiso especial. Si por estos motivos debemos divulgar dicha información fuera de nuestro consultorio, [le pediremos] [por lo general no le pediremos] su permiso especial por escrito. [Le pediremos un permiso especial por escrito en las situaciones siguientes:

### USOS Y DIVULGACIONES FOR OTROS MOTIVOS SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o exige usar o divulgar la información sobre su salud sin necesidad de obtener su permiso. No todas estas situaciones se aplican a nosotros; algunas tal vez no se planteen nunca en nuestro consultorio. Dichos usos o divulgaciones son los siguientes:

- cuando una ley estatal o federal dispone que se divulgue cierta información sobre la salud para un fin específico;

- para fines de salud pública, tales como la declaración, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas; y notificaciones a la Administración de Alimentos y Fármacos Federal de EE.UU., y provenientes de dicha institución, relacionadas con fármacos o dispositivos médicos;
- divulgaciones a las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de presuntos casos de abuso, negligencia o violencia en el hogar;
- usos y divulgaciones, para las actividades de supervisión sanitaria, tales como el otorgamiento de licencias a médicos;
- para auditorías por parte de Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de asistencia sanitaria;
- divulgaciones para procesos judiciales y administrativos, tales como los efectuados en respuesta a cédulas de citación u órdenes judiciales o de entidades administrativas;
- divulgaciones para fines de aplicación de la ley, tales como las efectuadas para proporcionar información sobre alguien que sea víctima de un delito o se lo presuma serlo; para proporcionar información sobre un delito en nuestro consultorio o para denunciar un delito que ocurrió en otro lugar;
- divulgación a un médico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de fallecimiento; o a los directores de pompas fúnebres para asistencia en el entierro; o a las organizaciones que se encargan de las donaciones de órganos o tejidos;
- usos o divulgaciones para los estudios de investigación relacionados con la salud;
- usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad;
- usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, tales como los efectuados para la protección del presidente o de funcionarios públicos de alto rango; para actividades lícitas de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio diplomático y consular;
- divulgaciones de información no identificable;
- divulgaciones relacionadas con los programas de indemnización por accidentes de trabajo;
- divulgaciones de un "conjunto de datos limitado" para estudios de investigación, salud pública u operaciones de asistencia sanitaria;
- divulgaciones adicionales que son una consecuencia inevitable de los usos o divulgaciones permitidos;
- divulgaciones a "asociados empresariales" que realizan operaciones de asistencia sanitaria para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de la información sobre su salud;

A menos que usted esté en desacuerdo, divulgaremos también la información pertinente sobre su atención a sus familiares o amigos que le ayuden con la atención de la vista.

## RECORDATORIOS DE CITAS

Podremos llamarle o escribirle para recordarle las citas programadas, o que es hora de concertar una cita de rutina. También podremos llamarle o escribirle para notificarle de otros tratamientos o servicios disponibles en nuestro consultorio que pudieran serle de ayuda. A menos que usted nos diga lo contrario, le enviaremos por correo un recordatorio de cita en una tarjeta postal, y/o le dejaremos un mensaje recordatorio en el contestador automático de su casa o a la persona que conteste el teléfono si usted no se encontrara en casa en ese momento.

## OTROS USOS Y DIVULGACIONES

No haremos ningún otro uso o divulgación de la información sobre su salud a menos que usted firme un "formulario de autorización" por escrito. El contenido de un "formulario de autorización" lo determinan las leyes federales. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es nuestra idea. A veces, usted puede iniciar el proceso si es su idea que nosotros enviemos su información a otra persona. Normalmente, en esta situación usted nos proporcionará un formulario de autorización debidamente completado o puede usar uno de los nuestros.

Si iniciamos el proceso y le pedimos que fume un formulario de autorización, no tiene obligación de firmarlo. Si no firma la autorización, no podemos efectuar el uso o la divulgación. Si la firma la, puede revocarla en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado basandonos en ella. Las revocaciones se deben efectuar por escrito. Envíelas a la persona contacto en el consultorio que se indica al comienzo de esta Notificación.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

La ley le otorga muchos derechos con respecto a la información sobre su salud. Usted puede:

- pedirnos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto el tratamiento de emergencia), pago u operaciones de asistencia sanitaria. No tenemos la obligación de acordar esto, pero si lo hacemos, deberemos aceptar las restricciones que usted desee. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación.
- pedirnos que nos comuniquemos con usted en forma confidencial, como, por ejemplo, llamándolo por teléfono al trabajo y no a su casa, enviándole información sobre la salud a una dirección diferente o enviando el correo electrónico a su dirección electrónica personal. Le concederemos estos pedidos si son razonables y si usted nos reintegra todo costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación.
- pedir ver u obtener fotocopias de la información sobre su salud. Por ley, hay ciertas situaciones limitadas en las que podemos negar a permitir el acceso o hacer copias. No obstante, en su mayor parte, usted podrá examinar o tener una copia de la información sobre su salud en el plazo de 30 días de pedirnoslo (o sesenta días si la información se guarda fuera del establecimiento). Tal vez tenga que pagar las fotocopias con anticipación. Si rechazamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si esta disponible legalmente. Por ley, se nos podrá otorgar una prórroga de 30 días para que le brindemos acceso o fotocopias si le enviamos una notificación por escrito de la prórroga. Si desea examinar u obtener fotocopias de la información sobre su salud, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación.
- pedirnos que modifiquemos la información sobre su salud si piensa que es incorrecta o que está incompleta. Si acordamos hacerlo, modificaremos la información en el plazo de 60 días a partir de cuando nos lo solicite. Le enviaremos la información corregida a las personas que sepamos hayan recibido la información errónea y a otras personas que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, usted puede redactar una declaración de su

posición y la incluiremos con la información sobre su salud, junto con toda declaración de refutación que podamos redactar por nuestra parte. Una vez que se incluya la declaración de su posición y/o nuestra refutación en la información sobre su salud, la enviaremos toda vez que efectuemos una divulgación permitida de la información sobre su salud. Por ley, se nos puede conceder una prórroga de 30 días para considerar un pedido de corrección si le notificamos la prórroga por escrito. Si desea solicitar que modifiquemos la información sobre su salud, envíe una solicitud por escrito, incluidos sus motivos para la modificación, a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación.

- obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información sobre su salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria; divulgaciones con su autorización; divulgaciones adicionales; divulgaciones exigidas por ley; y algunas otras divulgaciones limitadas. Tiene derecho a una sola lista por año sin cargo alguno. Si desea recibir listas con mayor frecuencia, tendrá que pagarlas por anticipado. Por lo general, responderemos a su pedido en el plazo de 60 días de haberlo recibido, pero por ley se nos puede conceder una prórroga de 30 días si le notificamos la prórroga por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación.
- obtener copias impresas adicionales de esta Notificación de Prácticas de Privacidad a pedido. No tiene importancia si ya obtuvo una copia electrónica o impresa. Si desea copias impresas adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación.

## NUESTRA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir los terminos de esta Notificación de Prácticas de Privacidad hasta que optemos por cambiarla. Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación en cualquier momento según lo disponga la ley. Si cambiamos esta Notificación, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información sobre su salud que ya tenemos además de a toda información que podamos recabar en el futuro. Si cambiamos nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, pondremos la nueva notificación en lugar visible, tendremos copias disponibles en nuestro consultorio y la publicaremos en nuestro sitio Web.

## RECLAMOS

Si cree que no hemos respetado debidamente la privacidad de la información sobre su salud, usted es libre de presentar un reclamo ante nosotros o ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles). No tomaremos represalias contra usted si presenta un reclamo. Si desea presentar un reclamo ante nosotros, envíe un reclamo por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación. Si lo prefiere, puede tratar este reclamo en persona o por teléfono.

## PARA MÁS INFORMACIÓN

**Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona contacto en el consultorio a la dirección o numero de teléfono que se indica al comienzo de esta Notificación.**

- South Florida Eye Care Center  
Office of Drs. Furnari and Lofton  
Attn: Olga Martinez  
948 N. Krome Avenue  
Homestead, Florida 33030  
Tel. 305-247-2331 ■ Fax 305-248-7904  
Email: dr814@bellsouth.net