

Formulario de registro del paciente

Información del paciente			
Nombre:	Fecha de nacimiento (M-D-A): - -		
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	N.º de SS:
Teléfono particular:	Celular:	Teléfono laboral:	
Sexo: [] Masculino [] Femenino [] Otro		Estado civil:	
Dirección de correo electrónico:			
Información del médico/de la referencia			
Médico de atención primaria (PCP):		Teléfono:	
Médico que refiere (si no es el PCP)		Teléfono:	
Información del centro			
Centro de enfermería especializada [] Sí [] No		Centro de cuidados paliativos [] Sí [] No	
Nombre del centro:			
Dirección del centro:			
Parte a cargo de tomar decisiones médicas y de pagar los gastos médicos (si no es el paciente)			
Tutor: [] Poder notarial para cuestiones médicas: [] Otro: [] Especifique: <i>Proporcione documentación para verificar la relación con el paciente.</i>			
Nombre:			
Dirección:			
Fecha de nacimiento (M-D-A): - -		Teléfono: N.º de SS:	
¿Es la persona mencionada anteriormente responsable de los gastos médicos del paciente? [] Sí [] No Si la respuesta es negativa, proporcione información a continuación.			
Nombre:		Fecha de nacimiento (M-D-A) - -	
Dirección:		Teléfono:	
Información del contacto de emergencia (si no es la persona mencionada anteriormente)			
Nombre:		Relación: Teléfono:	

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS:

Por medio de la presente, autorizo la divulgación de toda información médica necesaria para procesar mi reclamación al seguro y CEDO al MÉDICO todos los pagos que realice MEDICARE y/u otro proveedor de seguros por los servicios proporcionados. Entiendo y acepto las condiciones anteriores.

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Nombre del representante del paciente y relación con el paciente (en imprenta)

MEDICAMENTOS, ALERGIAS, CIRUGÍAS

¿Alergias a medicamentos? [] Sí [] NO	¿Cirugías? [] Sí [] NO
Si la respuesta a alergias fue Sí, enumere todos los medicamentos y las reacciones correspondientes en el siguiente espacio. (P. Ej.: penicilina, sulfamidas, AINE, etc.)	Si la respuesta a cirugía fue Sí, enumere a continuación todas las cirugías. (P. Ej.: amigdalectomía, apendicectomía, cataratas, etc.)

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Alguna vez lo han hospitalizado? [] Sí, especifique le fecha y el motivo a continuación. [] NO	
Fecha	Motivo

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de estas enfermedades? (Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anginas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer (especifique a continuación) <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)	<input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> VIH/sida <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Úlcera péptica o estomacal <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Tuberculosis
Otras afecciones:		

ANTECEDENTES SOCIALES

(Marque todas las opciones que correspondan).

<input type="checkbox"/> Tabaquismo, ____ paquetes por día durante ____ años. <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Sustancias ilegales, especifique: _____, _____, _____, _____
--

REVISIÓN DE PROBLEMAS GENERALES

Durante el último mes, ¿ha tenido alguno de estos problemas? (Marque todas las opciones que correspondan).

<p>General</p> <input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna	<p>Garganta</p> <input type="checkbox"/> Dolores de garganta frecuentes <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<p>Estómago e intestinos</p> <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea persistente <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Heces negras	<p>Oídos</p> <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición
<p>Músculos, articulaciones, huesos</p> <input type="checkbox"/> Insensibilidad <input type="checkbox"/> Dolor articular <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Inflamación articular	<p>Corazón y pulmones</p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Piernas o pies hinchados <input type="checkbox"/> Tos	<p>Sistema nervioso</p> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos/pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria	<p>Sangre</p> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Coágulos
<p>Ojos</p> <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Enrojecimiento <input type="checkbox"/> Pérdida de la vista <input type="checkbox"/> Visión doble o borrosa <input type="checkbox"/> Sequedad	<p>Piel</p> <input type="checkbox"/> Enrojecimiento <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Nódulos/bultos <input type="checkbox"/> Caída del cabello <input type="checkbox"/> Cambios en la coloración de las manos o los pies	<p>Riñones, genitales, vejiga</p> <input type="checkbox"/> Micción frecuente o dolorosa <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Impotencia <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Infecciones	<p>Psiquiatría</p> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Cambios de humor <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Desorientación

ANTECEDENTES FAMILIARES ¿A algún miembro de su familia le diagnosticaron alguno de los siguientes problemas?

<p>Padre</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Otra: _____	<p>Hermano</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Otra: _____	<p>Hija</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Otra: _____
<p>Madre</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Otra: _____	<p>Hermana</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Otra: _____	<p>Hijo</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Otra: _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS GOTAS OFTÁLMICAS DE DILATACIÓN

Las gotas de dilatación se usan para dilatar o agrandar las pupilas; de este modo, el oftalmólogo tiene una mejor visión del interior del ojo.

Estas gotas suelen nublar la vista durante un tiempo, el cual varía de una persona a otra; además, las luces brillantes pueden resultar molestas tras la aplicación. No es posible que el oftalmólogo prevea qué efecto tendrán las gotas en la vista. Debido a que puede ser difícil conducir un vehículo inmediatamente después de un examen, lo ideal es que usted organice el traslado con alguien.

Las gotas de dilatación pueden causar reacciones adversas, por ejemplo, glaucoma agudo por cierre angular. Esto es sumamente raro y se debe tratar de inmediato.

Por medio de la presente, autorizo a Acuity Eye Group y a los asistentes que esta pueda designar a administrar gotas oftálmicas de dilatación. Las gotas oftálmicas son necesarias para diagnosticar la enfermedad que padezco.

Paciente (o persona autorizada para firmar por él)

Fecha

Testigo

Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

DIVULGACIÓN DE LA TITULARIDAD DEL MÉDICO

En este aviso se explica quién es el propietario de esta organización y quién la gestiona. Léalo con atención. El proveedor de cuidado de los ojos forma parte de una organización que se dedica a brindar servicios integrales de cuidado de los ojos, desde recetar los marcos adecuados hasta la atención de especialistas renombrados. Nuestra organización pertenece a médicos que priorizan la salud del paciente y es gestionada por profesionales que coordinan la atención para que sea de la mejor calidad y se logren los mejores resultados.

Si desea que lo atienda un proveedor que no forma parte de esta organización, pida en la recepción o al proveedor de su seguro una lista de especialistas en cuidado de los ojos que atiendan en su área.

La organización Acuity Eye Care incluye a Acuity Optical, Retina Institute of California Medical Group, California Clinic Management y a los centros de cirugía ambulatoria que se mencionan a continuación.

1. San Gabriel Ambulatory Surgery Center L.P.; Renaissance ASC, LLC; Trinity Surgical Solutions, Inc; Orange ASC; y Premiere ASC, Inc cumplen con la definición de “centro de cirugía ambulatoria que pertenece a médicos” en virtud del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) §416.

El centro de cirugía ambulatoria pertenece parcialmente a los siguientes médicos:

- Tom Chang, M.D.
 - Mike Samuel, M.D.
 - Mike Davis, M.D.
 - Anthony Culotta, M.D.
 - Reid Wainess, M.D.
 - Lily Lee, M.D.
 - Kevin Suk, M.D.
 - Josh Morrison-Reyes, M.D.
 - Jessica Boeckman, M.D.
 - Brian Chen, M.D.
2. Usted tiene derecho a escoger al proveedor que le brindará servicios de atención médica. Si bien creemos que los siguientes centros de cirugía ambulatoria podrán satisfacer sus necesidades, usted tiene la opción de usar un centro que no esté en la lista. El médico no lo tratará de manera diferente si usted escoge otro centro. Sin embargo, es posible que este no pueda realizar procedimientos en un centro alternativo si no está autorizado para ello.

Si tiene preguntas sobre este aviso, pregúntele al médico o a cualquier miembro del equipo de Acuity Eye Group.

Si usted firma a continuación, significa que ha recibido este aviso y que lo entiende.

Firma

Fecha

Política de pago

Le agradecemos por habernos elegido como su proveedor de cuidado de los ojos. Nos comprometemos a brindarle una atención médica asequible y de calidad. Debido a que algunos de nuestros pacientes han hecho preguntas sobre la responsabilidad del seguro y del paciente por los servicios provistos, nos han recomendado elaborar esta política. Léala, háganos las preguntas que tenga y firme en el espacio provisto. Le entregaremos una copia si la pide.

1. Seguro. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si usted no tiene el seguro de alguno de los planes con los que trabajamos, deberá pagar la totalidad del costo de servicio en cada visita. Si usted tiene un seguro de un plan con el que trabajamos, pero no tiene la tarjeta del seguro actualizada, deberá pagar la totalidad del costo de servicio en cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. *Conocer los beneficios del seguro es su responsabilidad.* Comuníquese con la compañía de seguro si tiene preguntas sobre su cobertura.

2. Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte del contrato que usted tiene con la compañía de seguro. La falta de cobro de los copagos y deducibles a los pacientes de nuestra parte puede considerarse fraude. Pague el copago en cada visita para ayudarnos a cumplir la ley.

3. Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos servicios (y quizás todos) que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Usted debe pagar estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.

4. Constancia de seguro. Todos los pacientes deben completar el formulario de información del paciente antes de consultar al médico. Tenemos la obligación de obtener una copia de su licencia de conducir y del seguro válido vigente como constancia del seguro. Si usted no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable de pagar el saldo de una reclamación.

5. Presentación de reclamaciones. Presentaremos sus reclamaciones y lo ayudaremos del modo en que podamos razonablemente para que usted reciba el pago. Es posible que la compañía de seguro necesite que presente determinada información directamente. Es su responsabilidad cumplir con este pedido. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamación es su responsabilidad, independientemente de que la compañía de seguro pague la reclamación o no. El beneficio del seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguro. Nosotros no somos parte de ese contrato.

6. Cambios en la cobertura. Si su seguro cambia, infórmenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios necesarios y usted reciba los beneficios máximos. Si la compañía de seguro no paga su reclamación en un plazo de 45 días, el saldo se le facturará a usted automáticamente.

7. Falta de pago. Si su cuenta tiene más de 90 días de falta de pago, usted recibirá una carta en la que se le indicará que cuenta con un plazo de 20 días para cancelar la deuda. No se aceptarán pagos parciales, a menos que se negocie el pago de otra manera.

Tenga en cuenta que, si queda un saldo impago, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobro. Si usted no está dispuesto a diseñar un plan de pago para cancelar el saldo pendiente de más de \$500, es posible que se le dé de baja de este consultorio. Si esto sucede, se le notificará por correo que cuenta con un plazo de 30 días para buscar atención médica alternativa. Durante ese plazo, el médico solo podrá brindarle tratamiento de emergencia.

8. Citas perdidas. Nuestra política es cobrar por las citas perdidas que no se cancelan ni reprograman durante las 24 horas anteriores a la cita. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente. Asista a las citas programadas regularmente para que podamos brindarle un mejor servicio.

El consultorio se compromete a brindar el mejor tratamiento a los pacientes. Los precios representan los cargos que suelen cobrarse en el área.

Gracias por comprender la política de pago. Si tiene alguna pregunta o inquietud, avísenos.

He leído esta política de pago, la entiendo y acepto acatar sus pautas:

Firma del paciente o de la parte responsable

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad de Acuity Eye Group

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA. LÉALO CON ATENCIÓN.

Fecha de entrada en vigencia: 3/1/2023

Resumen

Este es un resumen de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida, y sus derechos y opciones referidos a esta información. Explicaremos estas cuestiones más detalladamente en las próximas páginas.

Acuity Eye Group:

Es posible que la clínica o el centro quirúrgico donde usted recibía atención hayan tenido otro nombre. Acuity Eye Group está organizada como una entidad afiliada cubierta a fin de cumplir con las reglas de privacidad.

Este aviso se aplica a todas las entidades, las cuales pueden haber sido conocidas o ser conocidas actualmente con los siguientes nombres: Retina Institute of California Medical Group, nombre comercial "Acuity Eye Group"; California Clinic Management, LLC; Trilogy Eye Medical Group, nombre comercial "Acuity Eye Group"; Friendly Eye Medical Group; West Coast Eye Care; Orange Ambulatory Surgery Center, LLC; Renaissance Ambulatory Surgery Center, LLC; Trinity Surgical Solutions, Inc; Premiere Ambulatory Surgery Center, Inc; San Gabriel Anesthesia Associates, P.C.; San Gabriel Ambulatory Surgery Center, L.P. ; Lily Lee MD, Inc.

Si no está seguro de que le corresponda este aviso, escriba a compliance@acuityeyegroup.com.

Usos y divulgaciones

Podremos usar y divulgar su información en los siguientes casos:

- Proporcionar atención
- Facturar servicios
- Dirigir la organización
- Llevar a cabo investigaciones
- Acatar la ley
- Responder solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Ocuparnos de solicitudes relacionadas con la indemnización laboral, con el cumplimiento de la ley u otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Opciones

Usted tiene algunas opciones respecto de cómo usamos y compartimos la información en los siguientes casos:

- Comunicarnos con usted
- Informar a sus familiares y amigos sobre la atención médica que usted recibe
- Publicitar nuestros servicios

Derechos

Usted tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia impresa o electrónica de su información protegida de salud
- Corregir su información médica protegida
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos, en determinados casos
- Obtener una lista de las personas con quienes hayamos compartido su información
- Solicitar que la comunicación sea confidencial
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe en su nombre

Propósito

Acuity Eye Group (AEG o nosotros) se compromete a proteger su privacidad. También estamos obligados por ley a conservar la privacidad de su información médica protegida (PHI) en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) y otras leyes federales y estatales. Acatamos las leyes estatales de privacidad cuando son más estrictas o protegen más la PHI que las leyes federales.

Como parte de nuestro compromiso y del cumplimiento legal, le proporcionamos este Aviso de prácticas de privacidad (Aviso). En este Aviso, se describe lo siguiente:

- Nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad referidas a su PHI, incluida la obligación de notificarle tras haberse producido una filtración de su PHI no resguardada
- Los usos y las divulgaciones permitidos de su PHI
- Sus derechos relativos a su PHI

Contacto

Si tiene preguntas sobre este aviso, escriba a compliance@acuityeyegroup.com.

Definición de PHI

Su PHI:

- Es información médica sobre usted:
 - que alguien puede usar para identificarlo; y
 - que conservamos o transmitimos en formato electrónico, escrito o verbalmente.
- Incluye datos como los siguientes:
 - nombre;
 - su información de contacto;
 - afecciones físicas o mentales pasadas, presentes o futuras;
 - pago de productos o servicios de salud;
 - medicamentos recetados.
- Excluye los registros de empleo que puede conservar su empleador.

Alcance

Elaboramos un registro de la atención y los servicios de salud que usted recibe a fin de brindarle atención y cumplir con determinados requisitos legales. Este Aviso se aplica a toda la PHI que generamos.

Adoptamos las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y los cambios cuando entran en vigor.

Cambios en este aviso

Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en el sitio web. También le enviaremos una copia del aviso revisado.

Notificación de filtración de datos

Le notificaremos de inmediato si se produce una filtración de datos que puede haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su PHI. Lo haremos en el plazo exigido por la ley después de detectar la filtración. La mayoría de las veces, le notificaremos por escrito, mediante el servicio de correo prioritario, o podremos enviarle la notificación por correo electrónico, si nos ha informado su dirección de correo electrónico vigente y ha aceptado recibir avisos por este medio. En algunas circunstancias, nuestros asociados comerciales, que se detallan a continuación, pueden enviarle la notificación. En circunstancias limitadas, cuando no tenemos la información de contacto suficiente o esta está desactualizada, podremos enviarle el aviso por un medio alternativo aceptado por la ley.

Usos y divulgaciones permitidos de su PHI

La ley permite o exige que usemos o divulguemos su PHI por diversos motivos, los cuales explicamos en este aviso. Hemos incluido algunos ejemplos, pero no enumeramos todos los usos ni las divulgaciones que están permitidos. Cuando usemos o divulguemos su PHI o la solicitemos a otra fuente, haremos los esfuerzos razonables para limitar el uso, la divulgación y la solicitud de su PHI al menor nivel posible necesario para cumplir el propósito previsto.

Usos y divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica

- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI y compartirla con otros profesionales que le brinden atención, incluidos médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina o personal del hospital que intervienen en su atención. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre su estado de salud general a los médicos que lo tratan por una lesión o afección específica.
- **Pago.** Podemos usar y divulgar su PHI para facturar los servicios a los planes de salud o a terceros, y para obtener los pagos correspondientes. Por ejemplo, compartimos su PHI con el plan de seguro de salud para que este pague los servicios que usted recibe.
- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestras funciones y mejorar la atención que usted recibe. Por ejemplo, podemos usar su PHI para gestionar los servicios que recibe o controlar la calidad de nuestros servicios de atención médica.

Otros usos y divulgaciones

Podemos compartir su información de otras maneras, en general, con fines de salud pública o investigación, o para contribuir con el bien público. Debemos cumplir determinadas condiciones legales antes de poder compartir su información por estos motivos:

- **Nuestros asociados comerciales:** Podemos usar y divulgar su PHI a personas o entidades externas que proporcionan servicios en nuestro nombre, tales como auditorías, asuntos legales o transcripción (**asociados comerciales**). La ley exige que nuestros asociados comerciales y sus subcontratistas protejan su PHI del mismo modo en que lo hacemos nosotros. Asimismo, exigimos por contrato a estas partes que usen y divulguen su PHI solo según esté permitido y que la protejan como corresponde.
- **Cumplimiento legal.** Por ejemplo, compartiremos su PHI si el Departamento de Salud y Servicios Humanos nos exige hacerlo cuando investigue si cumplimos las leyes de privacidad.
- **Actividades de seguridad y salud públicas.** Por ejemplo, podemos compartir su PHI con los siguientes fines:
 - Informar lesiones, nacimientos y muertes
 - Prevenir enfermedades
 - Informar reacciones adversas a medicamentos o defectos en productos o dispositivos médicos
 - Denunciar maltrato o abuso infantil presuntos, o presunta violencia intrafamiliar
 - Evitar una amenaza grave a la salud o seguridad públicas
- **Responder a acciones legales.** Por ejemplo, podemos compartir su PHI para responder a lo siguiente:
 - una orden o citación judicial o administrativa;
 - un pedido de presentación de pruebas;
 - otro proceso legítimo.
- **Investigación.** Por ejemplo, podemos compartir su PHI para algunos tipos de investigación médica que no exigen su autorización, tales como cuando una junta de revisión institucional (IRB) prescinde del requisito de autorización por escrito. Si la investigación requiere su aprobación, solo usaremos su información si usted acepta compartirla con el estudio de investigación.
- **Evaluación de calidad.** Nos esforzamos por ofrecer la mejor atención a nuestros pacientes. A fin de comprender mejor las necesidades de la comunidad diversa y mejorar la coordinación y la prestación de la atención, podemos realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejora. Entre estas, se incluyen evaluación de resultados y elaboración de pautas clínicas, actividades basadas en la población para mejorar la salud o reducir el costo de la atención médica; elaboración de protocolos, administración de casos y coordinación de la atención.
- **Médicos forenses o directores de funerarias.** Por ejemplo, podemos compartir su PHI con médicos forenses, funcionarios encargados de investigar las muertes no atribuibles a causas naturales o directores de funerarias cuando un individuo muere.
- **Donación de órganos o tejidos.** Por ejemplo, podemos compartir su PHI para gestionar una donación autorizada de órganos o tejidos que se le trasplantarán a usted o que usted dona.
- **Solicitudes relacionadas con la indemnización laboral, con el cumplimiento de la ley u otras solicitudes gubernamentales.** Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI para lo siguiente:
 - reclamos de indemnización laboral;
 - actividades de supervisión de la salud a cargo de organismos federales o estatales;
 - con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de cumplimiento de la ley;
 - funciones gubernamentales especializadas, como actividades militares y de veteranos, servicios nacionales de protección presidencial, inteligencia y seguridad, o idoneidad médica.

- **Promoción o venta de información médica.** La mayoría de las actividades en las que se usa y comparte su información médica con fines de marketing o la venta de esta están estrictamente prohibidas y exigen que usted las autorice por escrito. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento por escrito, pero esto no incidirá en la información que ya hemos usado y divulgado de conformidad con la autorización anterior.

Opciones

Para determinada información médica, usted puede informarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia específica sobre cómo podemos compartir su información en las situaciones que se describen a continuación, escriba a compliance@acuityeyegroup.com y haremos los esfuerzos razonables para seguir sus instrucciones. Podemos compartir su información si creemos que es para su beneficio, de acuerdo con nuestro criterio y en los siguientes casos:

- Si usted no puede expresar sus preferencias, por ejemplo, si pierde el conocimiento.
- Cuando la información se necesite para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Derechos

En lo que respecta a su información médica, usted tiene determinados derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de sus responsabilidades.

Usted tiene los siguientes derechos:

- **Ver y obtener una copia de su PHI.** Usted tiene derecho a ver u obtener una copia impresa o electrónica de la PHI que tenemos sobre usted (derecho a solicitar acceso). Algunas aclaraciones sobre sus derechos de acceso:
 - Podemos exigirle que presente por escrito las solicitudes de acceso en un formulario completo que esté firmado y fechado por usted o por su representante legal.
 - Usted puede solicitar que le entreguemos una copia de su PHI a un familiar, a otra persona o a una entidad designada. Exigimos que envíe estas solicitudes por escrito y que estén firmadas por usted o que lo haga mediante un formulario con firma electrónica, y que indique con claridad la persona designada y el lugar donde debemos enviar la PHI.
 - Usted puede solicitar que enviemos una copia de su PHI a un tercero de su elección, con una frecuencia regular. Exigimos que presente estas solicitudes por medio de un formulario completo que esté firmado y fechado por usted o por su representante legal.
 - Si usted solicita una copia de su PHI, en general decidiremos proporcionarle o denegarle el acceso en un plazo de 15 días. Sin embargo, si no podemos actuar en dicho plazo, le informaremos el motivo de la demora por escrito y la fecha en que nos ocuparemos de su solicitud.
 - Podemos denegar su solicitud de acceso en determinadas circunstancias limitadas. No obstante, si rechazamos la solicitud de acceso, le entregaremos una denegación por escrito donde constarán los fundamentos de nuestra decisión y se explicarán sus derechos.
- **Realizar modificaciones.** Usted puede solicitarnos que corrijamos o enmendemos la PHI que tenemos sobre usted si considera que esta es incorrecta o imprecisa. Para estas solicitudes:
 - Debe presentar las solicitudes por escrito o electrónicamente, especificar la PHI incorrecta o imprecisa y fundamentar la solicitud.

- En general, decidiremos aceptar o rechazar su solicitud en un plazo de 15 días. Si no podemos hacerlo en dicho plazo, le informaremos el motivo de la demora por escrito y la fecha en que tomaremos la decisión, que no superará un plazo adicional de 30 días. Solicitaremos una extensión una sola vez en respuesta a una solicitud.
- Podemos rechazar su solicitud de enmienda si nos solicita enmendar PHI que no forma parte de nuestro registro, que no creamos, que no forma parte de un conjunto de registros designado o que esté completa o sea precisa.
- Si rechazamos su solicitud, le indicaremos el motivo por escrito. Usted tendrá el derecho de enviar una declaración por escrito en la que exprese que no está de acuerdo con el rechazo y, si opta por no enviarla, podrá solicitar que le entreguemos la solicitud original de enmienda y el rechazo con las divulgaciones futuras de PHI sujetas a la enmienda. Sin embargo, podremos preparar una refutación por escrito a cualquier declaración o desacuerdo de un individuo y anexaremos el material creado o enviado de conformidad con este párrafo a su registro designado.
- **Solicitar restricciones adicionales.** Usted tiene derecho a solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos de su PHI (derecho a solicitar restricciones). Puede comunicarse con nosotros y pedirnos que no usemos ni compartamos determinada PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones, o con determinadas personas que intervienen en su atención. Exigimos que presente esta solicitud por escrito. Para estas solicitudes:
 - No estamos obligados a aceptarlas.
 - Podemos rechazarlas si aceptarlas incidiría en su atención; sin embargo,
 - aceptaremos no divulgar información a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica si la restricción solicitada hace referencia a un servicio o artículo de atención médica para el cual usted u otra persona, que no sea el plan de salud, pagó la totalidad del costo de su bolsillo, a menos que la ley exija lo contrario.
- **Solicitar un informe de divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un informe de determinadas divulgaciones de PHI que hayamos hecho. Para estas solicitudes:
 - Podemos solicitar un plazo de 15 días adicionales durante este período de 30 días, pero, si lo hacemos, solo será en una oportunidad, le enviaremos una declaración por escrito de los motivos e indicaremos la fecha para la que tenemos previsto darle una respuesta.
 - Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y otras divulgaciones, tales como las que usted solicitó que hiciéramos.
 - Le entregaremos un informe por año de manera gratuita.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted en referencia a cuestiones de salud de determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que solo lo contactemos en el trabajo o en una dirección específica. Para estas solicitudes:
 - Usted debe especificar cómo o dónde desea que se lo contacte.
 - Accederemos a las solicitudes razonables.

- **Elegir a alguien que actúe en su nombre.** Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial para cuestiones médicas o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer los derechos que le corresponden a usted y tomar decisiones sobre su PHI. Confirmaremos que esa persona tiene esta autoridad y que puede actuar en su nombre antes de tomar alguna medida.
- **Presentar quejas.** Usted tiene derecho a presentar una queja si considera que hemos infringido sus derechos. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja. Puede hacerlo:
 - escribiendo directamente a compliance@acuityeyegroup.com. Todas las quejas deben presentarse por escrito; también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los Estados Unidos. Envíe una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-877-696-6775 o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Acuse de recibo

Yo, _____, (nombre del individuo), reconozco que el día _____ (fecha), recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Acuity Eye Group, que leí y comprendo. Entiendo lo siguiente:

- Tengo determinados derechos de privacidad respecto de mi PHI.
- AEG puede usar y usará mi PHI con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- En el aviso se explica detalladamente cómo puede AEG usar y compartir mi PHI con otros fines.
- Los derechos sobre mi PHI constan en el aviso.
- AEG tiene derecho a modificar periódicamente el aviso y yo puedo obtener una copia de la versión vigente si escribo a compliance@acuityeyegroup.com.

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas

_____ [inicial] Otorgo mi consentimiento para que AEG me contacte por mensaje de texto, correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica y me envíe recordatorios de citas o de otros servicios usando el número de teléfono y la dirección de correo electrónico que figuran en mi historia clínica.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

Esfuerzo de buena fe para obtener el acuse de recibo *Marque esta casilla si el paciente firmó anteriormente.*

Intenté obtener la firma del paciente o de su representante en el acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad de conformidad con la HIPAA, pero no pude hacerlo debido al motivo que se indica a continuación:

Motivo: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

AVISO Y ACUSE DE RECIBO Y COMPRENSIÓN

Aviso para el paciente sobre Open Payments de CMS

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales escuela.

En <https://openpaymentsdata.cms.gov>, encontrará un enlace a la página web de Open Payments de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), solo con fines informativos.

Aviso para el paciente sobre la Junta Médica de California

La Junta Médica de California otorga licencias a los médicos y regula su ejercicio profesional.

Si desea verificar una licencia o presentar una queja, visite www.mbc.ca.gov, envíe un mensaje de correo electrónico a licensecheck@mbc.ca.gov o llame al (800) 633-2322.

Paciente (o persona autorizada para firmar por él)

Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE LOS MÉDICOS Y EL PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: Se entiende que toda disputa referida a una mala praxis médica, ya sea que los servicios médicos provistos en virtud de este contrato no fueron necesarios ni estuvieron autorizados, o se proporcionaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, será determinada por medio de un arbitraje según lo establece la ley de California, y no constituirá una demanda ni dará lugar a un proceso judicial, excepto según dispone la ley de California para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que toda disputa de estas características se decida en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones se someterán a arbitraje: La intención de las partes es que el presente acuerdo obligue a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir del tratamiento o servicio provisto por el médico, o que se relacione con estos, incluidos el cónyuge y los herederos del paciente y sus hijos, nacidos o por nacer, en el momento del suceso que da lugar a una reclamación. En caso de una embarazada, el término “paciente” en este documento hace referencia a la madre y al niño o a los niños por nacer. Deben someterse a arbitraje todas las reclamaciones por daños pecuniarios que excedan el límite jurisdiccional del juzgado de demandas de menor cuantía contra el médico y sus partes, asociados, asociación, corporación o alianza, y los empleados, agentes y el patrimonio de cualquiera de estos, incluidas, entre otras, las reclamaciones por pérdida conyugal, homicidio culposo, angustia emocional o daños punitivos. La presentación por parte del médico de una acción ante un tribunal para cobrar cargos al paciente no deberá prescindir del derecho a arbitraje obligatorio de reclamaciones por mala praxis. Sin embargo, tras la interposición de una demanda contra el médico, toda disputa por cargos, sujeta a una acción legal existente, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y ley vigente: La solicitud de arbitraje debe presentarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de la parte) en un plazo de treinta días; los árbitros nombrados por las partes elegirán a un tercer árbitro (árbitro neutral) en el plazo de los treinta días de tal solicitud presentada por cualquiera de las partes. Cada parte del arbitraje pagará la porción proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje en los que dicho árbitro incurra o que este apruebe, sin incluir los honorarios de los abogados ni de los testigos, ni otros gastos incurridos por una de las partes para beneficio propio. Las partes acuerdan que los árbitros tendrán inmunidad de funcionario judicial a la responsabilidad civil cuando actúen en la capacidad de árbitros en virtud de este contrato. Esta inmunidad complementará toda otra disposición establecida por el derecho consuetudinario. Ambas partes tendrán el derecho absoluto a someter a arbitraje por separado las cuestiones de responsabilidad y daños ante la solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes otorgan su consentimiento para la intervención y el litisconsorcio en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y ante tal intervención y litisconsorcio, toda acción judicial vigente contra tal persona o entidad adicional quedará pendiente de arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California referidas a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil, y las secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquiera de las partes puede plantear ante los árbitros una petición para sentencia sumaria o de decisión judicial por tribunal sin jurado, de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. La exhibición de pruebas se llevará a cabo de conformidad con la sección 1283.05 del Código de Procedimiento Civil. Sin embargo, pueden tomarse declaraciones juradas sin la aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones generales: Toda reclamación que se base en el mismo incidente, transacción o circunstancia relacionada se someterá a arbitraje en un mismo procedimiento. Una reclamación deberá considerarse nula y se la prohibirá para siempre si (1) en la fecha de recepción de tal aviso, si la demanda se dictamina en una acción civil, quedará prohibida por la ley de prescripción vigente de California o (2) el demandante no interpone una demanda de arbitraje de conformidad con los procedimientos indicados en la presente con la diligencia razonable. Con respecto a las cuestiones que no se establecen expresamente en este documento, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: Revocación: El presente acuerdo puede ser revocado por medio de un aviso por escrito que se envía al médico en el plazo de los 30 días de la firma. La intención de este acuerdo es que se lo aplique a todos los servicios médicos provistos en cualquier momento para la afección.

Artículo 6: Efecto retroactivo: Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra servicios provistos antes de la fecha de su celebración (incluidos, entre otros, tratamientos de emergencia), debe colocar sus iniciales directamente a continuación y se considerará que este acuerdo está en vigor desde la fecha en la que se prestaron los primeros servicios médicos:

_____ Iniciales del paciente o de su representante

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inviable, las disposiciones restantes tendrán plena vigencia y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Mi firma a continuación indica que acuso recibo de una copia.

AVISO: SU FIRMA EN ESTE CONTRATO SIGNIFICA QUE USTED ACEPTA QUE TODA CUESTIÓN DE MALA PRAXIS MÉDICA SE RESUELVA EN UN ARBITRAJE NEUTRAL Y QUE RENUNCIA A SU DERECHO A TENER UN JUICIO POR JURADO. CONSULTE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del médico o del representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante del paciente y relación con el paciente (si se encuentra presente)