



Información del Paciente

¡Bienvenidos a nuestra oficina! Tómese el tiempo para completar el siguiente formulario. Estamos aquí para ayudarlo con cualquier pregunta.

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____
Dirección del Hogar: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Email: _____ Estado Civil: _____
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Raza: ☐ Afroamericano /Negra ☐ Asiático ☐ Blanco/Caucasiano ☐ Otro: _____
Etnia: ☐ Hispano /Latino ☐ No hispano / No Latino
Ocupación: _____ Empleador: _____
Doctor Referente: _____ Doctor Primario: _____
Nombre, Dirección y Teléfono de Farmacia: _____

En caso de emergencia, persona a notificar:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Información de Asegurador de Salud

Compañía Asegurador: _____ Asegurador Secundario: _____

Complete lo siguiente si la persona asegurada NO es el paciente:

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el Paciente: ☐ Padre/Madre ☐ Esposo/Esposa ☐ Otro

Autorización de por Vida y Asignación de Beneficios

Por la presente autorizo a los médicos y al personal de Retina & Macular Disease Specialists ("RMDS") a realizarme los tratamientos que pueda recetarme mi médico durante todas mis visitas a RMDS. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que surjan de los servicios prestados por RMDS. Por la presente autorizo a RMDS a presentar todos y cada uno de los seguros por cualquier cargo en el que incurra. Solicito que todos los pagos de cualquiera de estos seguros se envíen por correo directamente a RMDS. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica y sus agentes, o cualquier compañía de seguros, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de "Retina & Macular Disease Specialists".

Nombre del paciente (en letra de imprenta) y firma

Fecha

Historial Médico

¿Alguna vez ha sido tratado o informado que tiene alguno de los siguientes?

	SÍ	NO		SÍ	NO
Lesiones Oculares (Anteriores)	☐	☐	Alergias	☐	☐
Glaucoma	☐	☐	Diabetes	☐	☐
Catarata	☐	☐	Problemas Cardiacos	☐	☐
Desprendimiento de Retina	☐	☐	Asma	☐	☐
Degeneración Macular	☐	☐	Enfisema	☐	☐
Retinopatía Diabética	☐	☐	Artritis	☐	☐
Ambliopía	☐	☐	Enfermedad Tiroidea	☐	☐
Ojo Perezoso/Bizco	☐	☐	Hepatitis o Enfermedad Hepática	☐	☐
Ojos Secos	☐	☐	Problemas Renales	☐	☐
Enfermedad de la Córnea	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
Uveitis	☐	☐	Contusión Fácilmente	☐	☐
Destellos y/o Flotadores	☐	☐	Enfermedad Autoinmune	☐	☐
Presión Arterial Alta	☐	☐	(Lupus, Sjogren's, Reumatoide)		

Enumere otras condiciones médicas que le apliquen a usted: _____

¿Alguna vez alguien de su familia inmediata ha sido tratado o informado que tenía alguno de los siguientes síntomas?

	SÍ	NO	Pariente
Glaucoma	☐	☐	_____
Catarata	☐	☐	_____
Desprendimiento de Retina	☐	☐	_____
Degeneración Macular	☐	☐	_____
Ambliopía	☐	☐	_____
Ojo Perezoso/Bizco	☐	☐	_____

¿Usted fuma? Sí ☐ No ☐ Cajas al Día _____ ¿Usted bebe alcohol? Sí ☐ No ☐ Cuanto? _____

Alergias: _____

Medicamentos para Ojos: _____

¿Estas embarazada? Sí ☐ No ☐ N/A ☐

¿Ha usado alguna vez lentes de contacto? Sí ☐ No ☐ Tipo/Marca: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ("AVISO") DESCRIBE CÓMO PODEMOS UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE. Su "información de salud", para los propósitos de este Aviso, es generalmente cualquier información que lo identifica y es creada, recibida, mantenida o transmitida por nosotros en el curso de proporcionarle artículos o servicios de atención médica (denominada "información de salud" en este Aviso). La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") y otras leyes aplicables nos exigen que mantengamos la privacidad de su información médica, que proporcionemos a las personas este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información, y cumplir con los términos de este Aviso. También estamos obligados por ley a notificar a las personas afectadas después de una violación de su información médica.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN SIN SU AUTORIZACIÓN

Las razones más comunes por las que usamos o divulgamos su información médica son para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica con fines de tratamiento son: programar una cita para usted, hacer pruebas o examinar sus ojos; recetar anteojos o medicamentos para los ojos y enviarlos por fax para que se llenen, mostrándole ayudas para la baja visión; derivarlo a otro médico o clínica para el cuidado de la vista o ayudas o servicios para la baja visión; o obtener copias de su información médica de otro profesional que pueda haber visto antes que nosotros. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica con fines de pago son: preguntarle sobre sus planes de atención médica o de la vista, u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas o reclamos; y cobrar cantidades impagas (ya sea por nosotros mismos o por medio de una agencia de cobranza o un abogado). "Operaciones de atención médica" significa aquellas funciones administrativas y gerenciales que debemos llevar a cabo para operar nuestra oficina. Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica para operaciones de atención médica son: auditorías financieras o de facturación, garantía de calidad interna, decisiones de personal, participación en planes de atención administrada, defensa de asuntos legales, planificación comercial y almacenamiento externo de nuestros registros.

OTRAS DIVULGACIONES Y USOS QUE PODEMOS HACER SIN SU AUTORIZACIÓN O CONSENTIMIENTO

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o requiere que usemos o divulguemos su información médica sin su consentimiento o autorización. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; es posible que algunos nunca lleguen a nuestra oficina. Dichos usos o divulgaciones son:

- Cuando un estado o federal ordena que cierta información de salud sea reportada para un propósito específico: para propósitos de salud pública, como notificación, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas, y avisos hacia y desde la Administración de Drogas y Alimentos federal con respecto a medicamentos o dispositivos médicos.
- Divulgaciones a las autoridades gubernamentales sobre víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Usos y divulgación para actividades de supervisión de la salud, como para la concesión de licencias a médicos; para auditorías de Medicare o Medicaid, o para investigaciones de posibles violaciones de las leyes de atención médica.
- Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o agencias administrativas.
- Divulgaciones con fines de aplicación de la ley, como para proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito, para proporcionar información sobre un delito en nuestra oficina 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 la muerte, a directores de funerarias para ayudar en el entierro o a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos.
- Usos o divulgaciones para investigaciones relacionadas con la salud.
- Usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave a la salud.
- Usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, como para la producción del Presidente o funcionarios gubernamentales de alto rango, para actividades legales de inteligencia nacional, para fines militares o para la evaluación y salud de miembros del servicio exterior.
- Divulgaciones de información anónima.
- Divulgaciones relacionadas con los programas de compensación laboral.
- Divulgaciones de un "conjunto de datos limitado" para investigación, salud pública u operaciones de atención médica.
- Divulgaciones accidentales que son un subproducto inevitable de usos o divulgaciones permitidos.
- Divulgaciones a "socios comerciales" y sus subcontratistas que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información médica de acuerdo con HIPAA.

A menos que se oponga, también compartiremos información relevante sobre su cuidado con cualquier representante personal que lo esté ayudando con el cuidado de sus ojos. Tras su muerte, podemos divulgar a los miembros de su familia u otras personas que estuvieron involucradas en su atención o en el pago de la atención médica antes de su muerte (como su representante personal) información de salud relevante para su participación en su atención, a menos que hacerlo sea inconsistente con sus preferencias expresadas antes de su muerte.

USOS ESPECÍFICOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Los siguientes son algunos usos y divulgaciones específicos que no podemos hacer de su información médica sin su autorización:

- **Actividades de Mercadeo.** Debemos obtener su autorización antes de usar o divulgar su información médica con fines de "marketing", a menos que dichas comunicaciones de marketing tomen la forma de comunicaciones cara a cara que podamos hacer con personas o obsequios promocionales de valor nominal que podamos proporcionar. Si dicho marketing implica un pago financiero para nosotros de un tercero, su autorización también debe incluir el consentimiento para dicho pago.
- **Venta de Información Sanitaria.** Actualmente no vendemos ni planeamos vender su información médica y debemos buscar su autorización antes de hacerlo.
- **Notas de Psicoterapia.** Aunque no creamos ni mantenemos notas de psicoterapia sobre nuestros pacientes, estamos obligados a notificarle que, por lo general, debemos obtener su autorización antes de usar o divulgar dichas notas.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

PAGINA 2

SUS DERECHOS DE PROPORCIONAR UNA AUTORIZACIÓN PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Otros usos y divulgaciones de su información médica que no se describen en este Aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Puede darnos una autorización por escrito que nos permita usar su información médica o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Obtendremos su autorización por escrito para los usos y divulgaciones de su información médica que no estén identificados en este Aviso o que no estén permitidos por la Ley aplicable.

Debemos aceptar su solicitud de restringir la divulgación de su información médica a un plan de salud si la divulgación es con el propósito de realizar pagos u operaciones de atención médica y no es requerida por la Ley y dicha información pertenece únicamente a un artículo de atención médica o servicio por el cual pagó en su totalidad (o por el cual otra persona que no sea el plan de salud pagó en su totalidad en su nombre).

Cualquier autorización que nos brinde con respecto al uso y divulgación de su información médica puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Después de que revoque su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones descritas en la autorización. Sin embargo, generalmente no podemos retractarnos de ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización. También se nos puede solicitar que divulguemos información médica según sea necesario para fines de pago de los servicios recibidos por usted antes de la fecha en que revocó su autorización.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Es posible que tenga muchos derechos relacionados con la confidencialidad de su información médica. Tienes el derecho:

- **Para solicitar restricciones sobre la información médica que podemos usar y divulgar para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.** No estamos obligados a aceptar estas solicitudes. Para solicitar restricciones, envíenos una solicitud por escrito a la siguiente dirección (final de la página).
- **Recibir comunicaciones confidenciales de información médica sobre usted de cualquier manera que no sea la descrita en nuestro formulario de solicitud de autorización.** Debe realizar dichas solicitudes por escrito a la dirección que figura a continuación. Sin embargo, nos reservamos el derecho de determinar si podremos continuar con su tratamiento bajo dichas autorizaciones restrictivas.
- **Para inspeccionar o copiar su información médica.** Debe realizar dichas solicitudes por escrito a la dirección que figura a continuación. Si solicita una copia de su información médica, es posible que le cobremos una tarifa por el costo de la copia, el envío por correo u otros suministros. En determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar su información médica, sujeto a la Ley aplicable.
- **Para modificar la información médica.** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Para solicitar una enmienda, debe escribirnos a la dirección que figura a continuación. También debe darnos una razón para respaldar su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmendar su información médica si no está por escrito o no proporciona una razón para respaldar su solicitud. También podemos denegar su solicitud si la información de salud:
 - o no fue creado por nosotros, a menos que la persona que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda
 - o no es parte de la información médica que guardamos o para nosotros
 - o no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar, o
 - o es precisa y completa.
- **Recibir un informe de las divulgaciones de su información médica.** Debe realizar dichas solicitudes por escrito a la dirección que figura a continuación. No toda la información médica está sujeta a esta solicitud. Su solicitud debe indicar un período de tiempo para la información que le gustaría recibir, no más de 6 años antes de la fecha de su solicitud y no puede incluir fechas anteriores al 1 de enero de 2017. Su solicitud debe indicar cómo le gustaría recibir el informe (papel o electrónicamente).
- **Designar a otro individuo para que reciba su información médica.** Si su solicitud de acceso a su información de salud nos indica que transmitamos una copia de la información de salud directamente a otra persona, usted debe hacer la solicitud por escrito a la dirección a continuación y debe identificar claramente al destinatario designado y la dirección dónde enviar la copia de la información de salud.

Persona de Contacto:

Nuestra persona de contacto para todas las preguntas, solicitudes o para obtener más información relacionada con la privacidad de su información médica es:

Dr. Lindsay Smithen T: (703) 841-2310 F: (571) 410-4104
3801 Fairfax Ave Suite 63, Arlington VA 22203

Reclamaciones:

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información médica puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentarnos una queja, envíe una carta por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestran arriba. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

Cambios a este Aviso:

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras Prácticas de Privacidad y de aplicar las prácticas revisadas a la información médica sobre usted que ya tenemos. Cualquier revisión de nuestras prácticas de privacidad se describirá en un Aviso revisado que se publicará en un lugar destacado en nuestras oficinas. Copias del aviso revisado y vigente: 15 de diciembre de 2020.

