

Consentimiento para Examen y Prácticas de Privacidad

Aviso de Privacidad y HIPAA

Esta sección resume el aviso de prácticas adoptadas por Sun Eye Care, P. A. Usted puede obtener una copia completa por nuestra oficina o por internet www.suneyecare.com. La intención de las Prácticas de Privacidad es de informarle acerca de cómo protegemos su información de salud.

En general su información protegida de salud es utilizado para fines de proporcionar tratamiento, obtener el pago de tratamiento y realizar operaciones de atención médica. Su información de salud puede ser utilizada o revelada sólo para esos fines, a menos que haya otorgado la autorización o de cualquier otra manera permitida bajo HIPAA o de lo requerido por la ley. Ejemplos de revelaciones adicionales uncluye informes de riesgo potencial para la salud pública, presentación de informes sospecha de abuso o negligencia, la divulgación de información en conjunción con los procedimientos judiciales, o para fines de aplicación de la ley, para fines de investigación y para especificar las funciones gubernamentales.

Usted tiene el derecho de HIPAA con respecto a su información protegida de salud que incluyen el derecho de inspeccionar y copiar su información protegida de salud, el derecho a recibir confidencial las comunicaciones de esta oficina, el derecho a recibir una contabilidad de las emisiones de su protegida información sobre la salud y el derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted también tiene el derecho a solicitar una modificación y restricciones en los usos y divulgación de su información de salud. Sin embargo, tale modificaciones y restricciones pueden ser negadas por esta oficina permitidas o requeridas por la regulacion de HIPAA.

Los términos de esta notificación pueden ser modificados de vez en cuando lo exija la ley o de otra forma necesario. Cualquier cambio en las disposiciones de la comunicación sería eficaz para toda la información protegido de salud y se pondrá a disposición de los pacientes a través de correo electrónico o directamente en persona.

Si usted siente que sus derechos han sido violados en relación con el mantenimiento o divulgación de su información de salud, usted puede expresar sus preocupaciones a uno o ambos, al oficial de privacidad de esta oficina, Janene Moore, o al secretario de Salud Servicios Humanos.

_____ (Iniciales) Reconozco que he leído y comprendido el aviso de Prácticas de Privacidad

El Consentimiento para el uso del Medicamento Dilatador

Gotas de dilatación se utilizan para agrandar la pupila para permitir el examen de la parte interior del ojo. Aunque ocurre rara vez, los riesgos de estos medicamentos incluyen reacción alérgica, glaucoma agudo, reacciones sistémicas como la presión arterial, irregular o acelerado los latidos del corazón y vértigo. Además, el uso de gotas para dilatar hará la visión borrosa y sensibilidad a la luz que puede hacer manejar y las condiciones de ciertos trabajos peligrosos, después de un examen de la vista durante un período de 4-6 hrs o más. Sin embargo, sin las gotas de dilatacion el examen es sub-óptima y las condicione como degeneración de la macula, glaucoma o tumor de la retina pueden ir sin diagnosticar.

_____ (Iniciales) Si doy consentimiento para dilatación de pupilas.

_____ (Iniciales) Niego el consentimiento de dilatación de pupilas.

Poliza de Refracción y Consentimiento

La poliza de Medicare exige que la refracción (el examen para determinar gafas) se facturará por separado de un examen ocular. Medicare y la mayoría de las compañías de seguros no cubren. Los pacientes son responsables del pago en su totalidad de una refracción a menos que tengan un plan de visión que cubre los servicios de rutina de los ojos.

Si usted decide no tener una refracción, existe un mayor riesgo de un retraso en el diagnóstico de algunas enfermedades de los ojos que puede causar deterioro de la visión a largo plazo. Además, la refracción antes de la disminución de algunas cirugías pueden resultar en la falta de pago de la cirugía por su compañía de seguros o Medicare, en cuyo caso sería responsable por el pago.

Cuota de la refracción a partir de: 01/01/2009 **\$33.00**

____(Iniciales) Reconozco que he leído y entendido la poliza de la refracción

____(Iniciales) Consiento a la refracción, cuando apropiado por mi médico.

____(Iniciales) Niego la refracción en este momento.

Responsabilidad Financiera y Consentimiento para Tratamiento

Es la poliza de Sun Eye Care, P.A. que el pago debe efectuarse cuando los servicios son prestados. Como un beneficio para usted los servicios rendidos a seran facturados directamente a su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de todos los cargos incluyendo, en caso de incumplimiento, el costo de colección y el honorario de abogado. Yo autorizo a la Asignación de procedimientos médicos y quirúrgicos beneficios de Medicare, Medicaid, otros seguros gubernamentales y, o seguros privados para: Sun Eye Care PA, Suite 209, El Paso, TX 79902.

Yo autorizo al Dr. Michael W. Foote para proporcionar un cuidado razonable y adecuado médico y quirúrgico consistente con las reglamentos de atención de la Academia Americana de Oftalmología.

Firma de Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

____(Iniciales) He leído y comprendido este documento en su totalidad

____(Iniciales) Este documento fue leído a mí por: _____

____(Iniciales) Este documento se presentó a mí en mi lenguaje nativo



Sun Eye Care, P.A.

1900 N. Oregon, Suite 209 • El Paso, Texas 79902
915.532.3697 • FAX 915.532.3506