



Eye Care Specialists of SWFL

3455 Pine Ridge Rd.

Naples, FL 34109

Ph: (239) 597-5700, Fax: (239) 597-3500

Consentimiento para Tratamiento, Pago y Trato de su Salud

Yo, autorizo al uso y divulgación de mi información privada de salud a Eye Care Specialists of SWFL (ECS) con el propósito de diagnosticar, proveerme tratamiento y obtener pagos por mi cuidado de salud o llevar a cabo los procesos operacionales de ECS.

Entiendo que mi diagnóstico o tratamiento por ECS puede ser condicionado a mi consentimiento evidenciado por la firma de este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones a la divulgación de mi información de salud para el uso de diagnóstico, tratamiento, pagos, cobros o procesos operacionales. ECS no está obligada a aceptar sus términos. Si ECS acepta las restricciones, éstas serán respetadas por la práctica.

Yo tengo el derecho de revertir este consentimiento, por escrito en cualquier momento excepto en las acciones ya tomadas por ECS.

Mi información privada se define como la información de salud, incluyendo la información demográfica dada por mí, recibida de mi doctor u otros doctores, mi empleo o de mi plan de salud. Esta información incluye la pasada, presente y futura, ya sea física y mental o alguna información que me defina o se piensa que me pueda definir para identificarme. .

Entiendo que puedo revisar las Prácticas de Privacidad de ECS antes de firmar este consentimiento.

Una copia de las Prácticas de Privacidad de ECS me está disponible o se me proveerá.

Las Prácticas de Privacidad describen los usos y divulgaciones de mi información médica privada que se presentaran durante el diagnóstico, tratamiento, pagos o cobros y durante el proceso de la operación de ECS.

Las Prácticas de Privacidad tambien indican mis derechos y los deberes de ECS con respecto a mi información médica privada.

Un resumen de esta Práctica de Privacidad esta disponible en la recepción.

ECS se reserva el derecho de cambiar estas Prácticas de Privacidad descritas.

Entiendo que puedo pedir una copia de las Prácticas de Privacidad al contactar : Eye Care Specialists of SWFL 3455 Pine Ridge Road, Naples, FL 34109 o al llamar al (239) 597-5700.

Política de Cobros

Medicare Parte B

Su Doctor de Eye Care Specialists of SWFL, PLLC es un proveedor de Medicare Parte B. Se aceptan los pagos asignados de Medicare Parte B. Al aceptar esto, se compromete a ajustar sus cargos para reflejar la cantidad autorizada por Medicare. Sin embargo, Medicare paga solamente el 80% de la cantidad aprobada. El restante 20% es la responsabilidad del paciente. Si usted tiene un seguro suplementario, se le facturará a ese seguro el 20% restante. **Es la responsabilidad del paciente el pagar algún restante luego del cobro a sus planes médicos.**

Seguros de Salud Privados

Como una cortesía a usted, se le facturará a su plan médico los servicios prestados. Favor de entender que el contrato de su plan médico es uno de el paciente con la aseguradora, no con GEC. El paciente es el responsable de su factura. A los pacientes sin plan medico, se les cobrará en el momento de los servicios prestados o podra hacer algun arreglo con la oficina facturadora. Tambien se le cobrará en el momento del servicio, cualquier co- pago o deducible indicado.

Redes de Cuidado Comprehensivo

ECS es proveedor de BCBS/FL and Community Health Partners. Se le facturará los servicios a las aseguradoras contratados por éstos. Los co-pagos, co-seguros y/o deducibles se le cobrarán al paciente al momento del servicio. Tambien participamos de algunas redes de cuidado comprehensivo (HMOs). Cualquier duda, favor de preguntar en la recepción.

Usual, Razonable y de Costumbre

Las aseguradoras establecen unas cantidades de pago "usuales, razonables y de costumbre". Las cantidades pueden variar por los planes médicos. Cualquier cantidad que sea mayor de lo "usual, razonable y de costumbre" no pagado a ECS, será responsabilidad del paciente.

Servicios No Cubiertos

No todos los servicios están cubiertos por los planes médicos. Los servicios no cubiertos por los planes médicos son la responsabilidad del paciente. Por ejemplo, la Refracción, o medida de espuejuelos, no está cubierta por Medicare ni por la mayoría de los planes médicos. Así tampoco la evaluación para lentes de contacto. Será la responsabilidad del paciente pagar por estos servicios en el momento de su visita.

He leído y entiendo esta información y acepto la responsabilidad de los pagos no-cubiertos.

Estoy de acuerdo que los pagos de Medicare se les provea a Eye Care Specialists of SWFL, PLLC por los servicios brindados a mí. Y estoy de acuerdo que se le transfieran mis beneficios a GEC por los servicios recibidos.

Autorizo la divulgación de mi información médica que sea necesaria para procesar los cargos al plan médico.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información.

Revísela con cuidado

Sus derechos:

Usted cuenta con los siguientes derechos: Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico, Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico, Solicitar comunicación confidencial, Pedirnos que limitemos la información que compartimos, Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información, Obtener una copia de esta notificación de privacidad, Elegir a alguien que actúe en su nombre, Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones:

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando: Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal, Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe, Lo incluimos en un directorio hospitalario, Proporcionamos atención médica mental,

Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información, Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones:

Podemos utilizar y compartir su información cuando: Lo atendemos, Dirigimos nuestra organización, Facturamos por sus servicios, Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública, Realizamos investigaciones médicas, Cumplimos con la ley, Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, Trabajamos con un médico forense o director funerario, Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales, Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos:

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. **Obtener una copia** en formato electrónico o en papel de su historial médico. Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo. **Solicítarnos que corrijamos** su historial médico. Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicítarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención. Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad. Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre. Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos. Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros a Eye Care Specialists of SWFL, PLLC 3455 Pine Rdge Rd. Naples, FL 34109 o llamar a (239)597-5700.

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html los últimos dos disponibles en español.

No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones:

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que: Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención. Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe. Incluyamos su información en un directorio hospitalario. *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito: Propósitos de mercadeo, Venta de su información, La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos: Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar

Nuestros usos y divulgaciones:

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento: Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización: Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios: Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades. Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad: Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como: Prevención de enfermedades, Ayuda con el retiro de productos del mercado, Informe de reacciones adversas a los medicamentos, Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica. Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas: Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley: Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos: Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario: Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales: Podemos utilizar o compartir su información médica: En reclamos de compensación de trabajadores, A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad, Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley, En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales: Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma. No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación:

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

CONSENTIMIENTO HIPAA

Yo consiento a EYE CARE SPECIALISTS OF SWFL a divulgar o utilizar información identificable de mi salud como se describe a continuación. Yo entiendo que este es un consentimiento voluntario.

1. Entiendo que mi información de salud puede ser utilizada y divulgada para llevar a cabo: tratamiento, pago o cualquier otra operación en el cuidado de la salud.
2. Entiendo que esta notificación de las Políticas de Privacidad proveen una descripción de los tipos de usos y divulgaciones que tengo derecho a revisar antes de firmar este documento.
3. Entiendo que los términos de esta notificación pueden ser cambiados por la oficina.
4. Entiendo que puedo notificar por escrito que la institución restrinja mi información de salud identificable ya sea para pago, tratamiento y operaciones de cuidado de salud. Entiendo que la oficina no necesariamente tiene que acceder a esta petición.
5. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya se haya divulgado la información en acuerdo a su consentimiento anterior.

Asignación de PAGOS

1. Por este medio autorizo a mis compañías de seguro médico a efectuar pagos de beneficios autorizados por mi seguro médico prestados a mi persona. Autorizo a mi médico, o a quien él designe, a suministrar a mis compañías de seguro médico y sus agentes, toda mi información médica que éstos requieran para determinar estos beneficios por servicios prestados.
2. Comprendo que soy responsable de los cargos por los servicios médicos que se me ofrezcan o que se les ofrezca a la persona por el cual yo firmo, estén o no cubiertos por el seguro médico.

Nombre y Apellido del Paciente: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Médico que lo refirió/ Médico Primario _____

Cómo supo de nuestra oficina? _____

NOMBRE: _____, _____, _____
Apellido Primer Inicial

Fecha de Nacimiento: _____ Género: M __ F __ #SS: _____

Dirección: _____

Dirección Secundaria: _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

Farmacia/ Dirección: _____ Teléfono: _____

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Estado Civil: Soltero: _____ Casado: _____ Viudo: _____ Divorciado: _____

Contacto Preferido: Casa o Celular Idioma: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____

Nombre de Guardián: _____, _____, _____
Apellido Primer Inicial

Fecha de Nacimiento de Guardián: _____

Autorizo a divulgar mi información médica a las siguientes personas y médicos:

Nombre	Teléfono	Relación
--------	----------	----------

Nombre	Teléfono	Relación
--------	----------	----------

Firma del Paciente

Fecha

Revisión de Sistemas

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

<u>Ojos</u>	Sí	No	<u>Respiratorio</u>	Sí	No	<u>Sangre/ Nódulos</u>	Sí	No
Cirugía Previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de Encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso Excesivo de Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Gastrointestinal</u>	Sí	No	<u>Músculoeskeletal</u>	Sí	No
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo Seco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea/Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relámpagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor/ Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<u>Génito-Urinario</u>	Sí	No	<u>Piel</u>	Sí	No
<u>Oídos, Nariz y Garganta</u>	Sí	No	Dolor/Dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rash/Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al Oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado en Orine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumbido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras en Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria/Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<u>Neurológico</u>	Sí	No
<u>Corazón</u>	Sí	No	<u>Siquiátrico</u>	Sí	No	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad/Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad/Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de Animo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adormecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de Aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Latidos Irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Endocrino</u>	Sí	No	<u>Inmunológico</u>	Sí	No
Dificultad en Acostarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucha Sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Mucha Hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Constitucional</u>	Sí	No	Mucha Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corredera Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio/ Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucho Sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión en los Senos Faciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en las Uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pérdida o Ganancia de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Historial Ocular/Médico

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: _____

Historial Ocular

Cirugías Oculares

Medicamentos Oculares

Historial Médico

Cirugías

Medicinas

Historial Familiar:

P = Padre

S = Hermano

G = Abuelo

Cataratas **P** **S** **GP**

Glaucoma **P** **S** **GP**

Degeneración Macular **P** **S** **GP**

Hipertensión **P** **S** **GP**

Enferm. De Corazón **P** **S** **GP**

Cáncer **P** **S** **GP**

Derrame **P** **S** **GP**

Otros: _____

Historial Social:

Fuma o Fumó Sí NO Pasado

Uso de Alcohol Sí NO

Drogas Ilegales Sí NO

Hace Cuánto? _____

Cuánto? _____

Qué usa o usó? _____