

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Tipo de médico:     Médico de atención primaria     Optometrista     Oftalmólogo

Internet (sitio web): \_\_\_\_\_     Facebook     Amigo     Anuncio

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Casa / Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono alterno: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F    Edad: \_\_\_\_\_  Casado     Soltero    SS# \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros primaria: \_\_\_\_\_  PPO     EPO     Medicare  
*(Proporcione a la recepción la tarjeta del seguro y un documento de identidad con fotografía)*

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_ ¿Podemos compartir su historial médico con esta persona?  Sí  No

Nombre de su farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Con mi firma, autorizo a cualquier persona que tenga información médica sobre mí a que la entregue a mi médico de atención primaria o a cualquier otro médico, hospital o centro auxiliar, para que se me pueda proporcionar continuidad de atención (se puede utilizar una copia en lugar de la firma original). Además, entiendo que mi firma requiere que se pague al médico y autoriza la divulgación de información médica para pagar la reclamación. Si se completa el punto 9 del formulario de reclamación HCFA-1500, mi firma autoriza la divulgación de la información a la compañía de seguros o a la agencia que indicada. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación del cargo de Medicare como el cargo total y el paciente es responsable sólo del deducible, del coseguro y de los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de cargos de Medicare. El médico o los proveedores pueden asignar el pago de otro seguro y no necesariamente aceptar como pago total el importe pagado por la otra compañía de seguros. Lo mismo ocurre con otras compañías de seguros distintas de Medicare. Aunque el personal verifica la elegibilidad antes de proporcionar los servicios, es mi responsabilidad pagar cualquier reclamación no pagada. Yo, el Garante, entiendo que soy completamente responsable del pago de los servicios prestados. Pagaré cualquier saldo pendiente que el seguro no cubra ni pague. Pagaré todos los gastos incurridos por esta oficina. Usted acepta reembolsarnos los honorarios de cualquier agencia de cobros, que pueden basarse en un porcentaje máximo del 50% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluyendo, entre otros, honorarios razonables de abogados, en los que podamos incurrir en dichas gestiones de cobro.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Tenga en cuenta que si necesita cancelar su cita por cualquier motivo, debemos saberlo con 48 horas de antelación con el fin de evitar un cargo de cancelación. Tenemos una lista de espera de pacientes que desean tener su cita antes y necesitamos suficiente tiempo para avisarles que pueden tomar la cita que usted no va a usar. Las citas perdidas y no canceladas 48 horas antes de la hora programada incurrirán en un cargo de \$25. Dedicamos mucho tiempo y esfuerzo en la programación de las citas, por eso le pedimos que haga todos los preparativos posibles para mantener la fecha de su cita. Nos disculpamos de antemano si esta política le causa algún inconveniente.

---

Nombre del paciente en letra de imprenta

---

Fecha

---

Firma del paciente

---

Si no es el paciente, su relación con él

## INFORMACIÓN SOBRE LAS GOTAS PARA DILATAR LOS OJOS

Las gotas dilatadoras se usan para dilatar o agrandar las pupilas para que el oftalmólogo pueda ver mejor el interior de sus ojos. Las gotas dilatadoras suelen empañar la visión durante un tiempo que varía de una persona a otra y también pueden hacer que las luces brillantes sean molestas. Su oftalmólogo no puede predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es preferible que tome medidas para no hacerlo. Las gotas dilatadoras pueden provocar reacciones adversas como glaucoma agudo de ángulo cerrado. Esto es extremadamente raro y se puede tratar con atención médica inmediata. Por la presente autorizo al Dr. Tarabishy y/o a los asistentes que él designe a administrar gotas oculares dilatadoras. Las gotas oculares son necesarias para diagnosticar mi condición.

---

Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

---

Fecha

---

Testigo

---

Fecha

## RESUMEN DE LA DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DE FLORIDA

La ley de Florida requiere que su proveedor o centro de cuidado de salud reconozca sus derechos mientras recibe atención médica y que usted respete el derecho del proveedor o centro de cuidado de salud a esperar cierto comportamiento por parte de los pacientes. Puede solicitar el texto completo de esta ley a su proveedor o centro de cuidado de salud. A continuación hay un resumen de sus derechos y responsabilidades:

- El paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad y bajo la protección de su necesidad de privacidad.
- El paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- El paciente tiene derecho a saber quién le presta servicios médicos y quién es responsable de su cuidado.
- El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo están disponibles, incluyendo saber si hay un intérprete disponible en caso de que no hable inglés.
- El paciente tiene derecho a saber qué normas y regulaciones se aplican a su conducta.
- El paciente tiene derecho a que el proveedor de cuidado de salud le dé información sobre el diagnóstico, el tratamiento previsto, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
- El paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
- El paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, toda la información y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
- El paciente con derecho a Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor o el centro de cuidado de salud acepta la tarifa asignada por Medicare.
- El paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud y antes del tratamiento, un presupuesto razonable de los costos médicos.
- El paciente tiene derecho a recibir una factura detallada razonablemente clara y comprensible y a que se le expliquen los cargos.
- El paciente tiene derecho a un acceso imparcial a tratamiento o servicios médicos, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- El paciente tiene derecho a recibir tratamiento por una condición médica de emergencia que se empeoraría por no proporcionar tal tratamiento.
- El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negarse a participar en dicha investigación experimental.
- El paciente tiene derecho a quejarse de cualquier violación de sus derechos, tal y como establece la ley de Florida, mediante el procedimiento de quejas del proveedor o centro de cuidado de salud y a través del organismo estatal que lo regula.
- El paciente es responsable de proporcionar al proveedor de cuidado de salud, a su mejor saber, entender y conocimiento, información correcta y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y cualquier otro asunto relacionado con su salud.
- El paciente es responsable de informar al proveedor de cuidados de salud de cambios inesperados en su estado de salud.
- El paciente es responsable de informar al proveedor de cuidado de salud si entiende el plan de tratamiento contemplado y lo que se espera de él.
- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de cuidado de salud.
- El paciente es responsable de acudir a las citas, y cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, de notificarlo al proveedor o centro de cuidado de salud.
- El paciente es responsable de sus actos si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de cuidado de salud.
- El paciente es responsable de asegurarse de que las obligaciones financieras por su atención médica sean cumplidas tan pronto como sea posible.
- El paciente es responsable de cumplir con las normas y reglamentos del centro de cuidado de salud relacionados con su conducta.

---

Firma del paciente

---

Fecha

## AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE RETINA SPECIALISTS OF TAMPA

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información y cómo puede acceder a ella. Léalo detenidamente, por favor. Este aviso entró en vigor el 1 de marzo de 2013 y se aplica a toda la información médica protegida, tal como se define en las regulaciones federales y estatales. (Rev. 3/2013):

### HISTORIA CLÍNICA E INFORMACIÓN MÉDICA:

Lo que hay en su historia clínica y cómo se utiliza su información médica le ayuda a: asegurar su exactitud, entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información médica, y para que usted tome mejores decisiones al autorizar que sea compartida con otros.

Cada vez que usted acude a nuestro consultorio se hace un registro de su visita. Este registro contiene sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan de atención o tratamiento futuros. Esta información, conocida como su historia clínica o de salud, puede ser utilizada por nuestro consultorio de la siguiente manera:

- Como base para planear su atención y tratamiento.
- Como medio de comunicación entre los profesionales de salud que contribuyen a su cuidado. Es posible que necesitemos transmitir Información de Salud Protegida (PHI) por un medio no seguro, como Internet o mensajes de texto, cuando el proveedor de cuidado de salud lo considere necesario.
- Como documento legal que describe la atención que le hemos prestado.
- Como registro para que usted u otra persona responsable del pago pueda verificar que los servicios facturados hayan sido realmente recibidos.
- Como herramienta para la formación de los profesionales de la salud.
- Como fuente de datos para investigación médica.
- Como fuente de información para funcionarios públicos encargados de mejorar la salud en el condado, el estado y el país.
- Como herramienta con la que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y los resultados que logramos.
- Para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento y otros beneficios relacionados con la salud.
- Tal como se define en la página “Consentimiento”, podemos utilizar su información para recordatorios de citas.

### SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Aunque el expediente con su historia clínica es propiedad de este consultorio, la información que contiene le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de este “Aviso sobre prácticas de privacidad”.
- Inspeccionar y/o recibir una copia de su historia clínica por vía electrónica según lo dispuesto en el 45 CFR 164.512 y el 45 CFR 164.524 (HIPAA).
- Modificar su historia clínica según lo dispuesto en el 45 CFR 164.524 (HIPAA).
- Obtener un informe de las divulgaciones que se han hecho de su información médica.
- Solicitar comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos.
- Solicitar una restricción de ciertos usos y divulgaciones de su información a planes de salud, si usted pagó por estos servicios de su propio bolsillo.
- Revocar su autorización para usar o revelar información médica, excepto en la medida en que ya se haya hecho en base a su consentimiento.
- Optar por no recibir comunicaciones para actividades de recaudación de fondos de este consultorio.

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su información médica según lo definen las leyes federales y estatales.
- Proporcionarle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Notificarle si sucede algún incumplimiento a las normas de privacidad de su información médica protegida.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la

información médica protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, publicaremos los cambios en nuestra área de recepción. Si lo solicita, le proporcionaremos la nueva versión del “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

### CÓMO REPORTAR UN PROBLEMA

Si tiene alguna pregunta, desea más información o quiere reportar un problema, póngase en contacto con el responsable de privacidad del consultorio.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el responsable de privacidad del consultorio o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No habrá represalias por presentar una queja.

### TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA:

**TRATAMIENTO:** La información obtenida por un miembro de nuestro equipo quedará registrada en su expediente y se usará para determinar cuál es el mejor tratamiento para usted.

También es posible que entreguemos copias de su información médica a otras personas involucradas en su tratamiento para ayudarles a tratarlo.

**PAGO:** Es posible que se le envíe una factura a usted u otra persona responsable del pago. La información que aparece en la factura o adjunta a ella puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

**ATENCIÓN MÉDICA:** Los miembros del personal médico pueden usar la información de su historia clínica para evaluar la atención y los resultados de su caso y de otros similares.

Esta información puede usarse para mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica y el servicio que ofrecemos.

**SOCIOS COMERCIALES:** Algunos servicios son proporcionados a nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Es posible que al contratar estos servicios tengamos que revelar su información médica para que puedan hacer el trabajo para el que los hemos contratado. La ley HIPAA ahora requiere que el socio comercial proteja su información médica igual que lo hacemos nosotros.



**AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Como parte de su atención médica, este consultorio crea y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen su historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, cualquier plan de atención o tratamiento futuros y el pago por servicios o tratamiento proporcionado. Usamos esta información para:

- Planear su atención y tratamiento.
- Comunicarnos con otros profesionales o entidades de salud que contribuyen a su atención médica.
- Presentar la información de diagnóstico y tratamiento para el pago de servicios o tratamiento proporcionado.

**“SÓLO EN LA MEDIDA EN QUE LO PERMITAN O REQUIERAN LAS LEYES FEDERALES O ESTATALES”, PODEMOS USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA HACER LO SIGUIENTE:**

- Revelar, según sea necesario, su información médica (incluyendo estado de VIH+/SIDA, notas de abuso/dependencia de drogas/alcohol y sobre salud mental) a otros proveedores y entidades de atención médica (como referencias o consultas con otros profesionales, laboratorios, hospitales, etc.) o a otros según lo requiera la ley o una orden judicial en relación con su tratamiento, pago y/o atención médica.
- Solicitar a otras entidades o proveedores de atención médica (médicos, dentistas, hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico por imágenes, etc.) información específica que podamos necesitar para planear su atención y tratamiento.
- Enviar la información necesaria a su(s) compañía(s) de seguros para verificación de cobertura, así como la información de diagnóstico y tratamiento a su(s) compañía(s) de seguros, otras agencias o personas para el pago de servicios o tratamiento que le proporcionamos.
- Dejar recordatorios de citas u otra información mínima necesaria relacionada con su atención médica o los pagos de la misma en su contestadora telefónica, correo de voz, mensaje de texto, correo electrónico o con un miembro de su familia.
- Para hablar sobre su información médica o de pago (sólo el mínimo necesario a nuestro juicio) con miembros de su familia u otras personas que estén o puedan estar involucradas en su tratamiento o pagos de atención médica.

- Si lo desea, indique el nombre y relación de las personas con las que podemos compartir su información médica o de pago:

---



---

- Antes de firmar esta autorización, puede solicitar una copia y tiene derecho a leer nuestro “Aviso sobre prácticas de privacidad”. El Aviso tiene una descripción más completa sobre el uso y divulgación de información médica.

Marque aquí si no quiere que dejemos mensajes en su contestadora telefónica o con un miembro de su familia.

Marque aquí si no quiere que dejemos un mensaje en su correo de voz o mensaje de texto.

Marque aquí si nos autoriza a enviar su información médica por correo electrónico. Comprenda que el correo electrónico es un medio de transmisión no seguro al que potencialmente otras personas pueden ganar acceso. Además de marcar la casilla, nos reservamos el derecho de pedirle que nos envíe un mensaje de correo electrónico autorizando la transmisión de su información médica por correo electrónico no seguro.

ENTIENDO Y ACEPTO COMPLETAMENTE ESTA AUTORIZACIÓN Y RECONOZCO LOS DERECHOS Y DECLARACIONES MENCIONADOS.

**PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO**

El paciente se negó a firmar el formulario.

Razón

Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha

Firma del paciente

Si no es el paciente, su relación con él

Si firma alguien que no es el paciente, ¿es usted el padre, representante, guardián o tiene un poder notarial para la atención médica del paciente?

Sí  No