



---

## THE EYE ASSOCIATES

---

*Sight for Life & So Much More™*

John Swencki  
President

Gracias por elegir Los Asociados De los Ojos como su proveedor de cuidado de los ojos. Agradecemos la oportunidad para ofrecerle la ayuda profesional de la visión.

Adjunto encontrará una lista de medicamentos en blanco que tendrá que completar y llevar con usted para su cita. Al completar la lista de medicamentos, por favor incluya todos los medicamentos y vitaminas, incluya medicamentos y sin receta.

Además, por favor traiga lo siguiente con ustedes el día de su visita:

- Sus tarjetas de seguro y una identificación con foto
- Las gafas actuales, incluyendo gafas de sol y lentes de contacto.
- Durante el examen, es probable que se dilate. Por favor, recuerde llevar su gafas de sol y los arreglos para un conductor si usted cree que es necesario.

Por favor llegue 10-15 minutos antes de su cita para nos permita obtener datos adicionales necesario para nuestro sistema de registros médicos.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en darnos una llamada al **941-792-2020** o libre de peaje 1-866-865-2020.

ENGLISH (see other side)

---

West Bradenton Office & Surgery Center  
East Bradenton Office & The Optical Gallery  
Ellenton Office & The Optical Gallery  
Sarasota Office & The Optical Gallery  
Venice Office & The Optical Gallery  
Sun City Office & The Optical Gallery  
Dermatology & Hearing Office

• 6002 Pointe West Blvd, Bradenton, FL 34209  
• 6807 53rd Avenue East, Bradenton, FL 34203  
• 7915 US Hwy 301 N, Suite #101, Ellenton, FL 34222  
• 2111 Bee Ridge Road, Sarasota, FL 34239  
• 250 South Tamiami Trail, #103, Venice FL 34285  
• 3894 Sun City Center Blvd, Sun City Center, FL 33573  
• 2101 61st St W, Bradenton, FL 34209

• 941-792-2020  
• 941-758-1916  
• 941-729-2020  
• 941-923-2020  
• 941-493-3763  
• 813-634-2020  
• 941-794-3376

\_\_\_\_\_  
Patient Name

\_\_\_\_\_  
Date of Birth



**THE EYE ASSOCIATES**

941-792-2020 1-866-865-2020

www.TheEyeAssociates.com

Queremos que sepas que valoramos tu privacidad. Su información personal se mantendrá confidencial y nunca se venderá a terceros. Su información solo se utilizará para las comunicaciones relacionadas con los servicios proporcionados por The Eye Associates.

En The Eye Associates, siempre estamos buscando maneras de servirte mejor. Para su conveniencia, ahora utilizamos las comunicaciones por correo electrónico, texto y teléfono para recordatorios de citas, notificaciones para lentes y otras comunicaciones relacionadas con los servicios proporcionados por The Eye Associates.

Si, en cualquier momento, no desea recibir comunicaciones por correo electrónico o mensajes de texto, puede optar por no recibir estas comunicaciones siguiendo las instrucciones de la comunicación.

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico @ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número Celular

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

*For office use:*

Entered into NextGen

Chart # \_\_\_\_\_

Initials \_\_\_\_\_



**THE EYE ASSOCIATES**

941-792-2020 1-866-865-2020

www.TheEyeAssociates.com

**RESUMEN DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Este aviso de privacidad se le proporciona como un requisito de la ley federal, el Seguro de Salud Ley de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA).**

Reconozco que he recibido el resumen de las prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
# de archivo

Podemos divulgar información a cualquier persona que no sea usted (es decir, cónyuge, hijo, amigo, etc.)?

SÍ      NO  
(Por favor marque)

**En caso afirmativo**, indique cada persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**No vamos a divulgar información a cualquier persona no mencionados anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

ENGLISH (see other side)

## La Autorización de por vida Associatesá' Ojo

Nombre del Paciente

# de archivo

Fecha de Nacimiento

**Por favor lea lo siguiente y sus iniciales en la línea al lado de cada uno.**

Para obtener un examen completo de la vista médico, los asociados de la visión puede querer dilatar sus ojos con gotas. Esto no es perjudicial para el ojo. La dilatación de los ojos pueden nublar la visión ligeramente durante unas pocas horas, pero no es peligroso. Conducir un coche o utilizar maquinaria pesada durante este período debe hacerse con precaución.

Autorizo Los asociados de la visión para el tratamiento de la persona nombrada arriba y de acuerdo en pagar todos los cargos para dicho tratamiento.

Yo entiendo que voy a ser personalmente responsable de los gastos en los servicios no cubiertos por Medicare u otro seguro, como refracciones, Lentes de contacto accesorios, etc.

**Por favor, lea las siguientes autorizaciones y firmar la línea de abajo.**

- **MEDICARE AUTORIZACIÓN POR VIDA Firma y certificación PARA EL PAGO**

Certifico que la información dada por mí en solicitar el pago bajo el Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para esto o un reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de beneficios autorizados en mi nombre. Me asignando el pago por los servicios médicos que el médico o la práctica médica de grupo, el suministro de los servicios o autorizar a dicho médico u organización que presente una reclamación a Medicare para el pago a mí. También solicito que esta autorización se aplica a todos los demás seguros.

- **OTRAS autorización del seguro**

Solicito que el pago de beneficios autorizados en mi nombre para el médico o la práctica médica de grupo para cualquiera de los servicios proporcionados a mí por ellos. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a [ver copia de la tarjeta] toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

**Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.**

El abajo firmante certifica que (s) que ha leído lo anterior y es el paciente, o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar los términos.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Firma del testigo

Nombre del Testigo

**Consentimiento para el tratamiento de un menor**

Por la presente autorizo a los asociados de la visión para administrar el tratamiento, ya que por lo consideren necesario para mi hijo / hija.

Firma del padre o tutor

Fecha

Nombre del padre o tutor

Firma del testigo Nombre del Testigo

**ENGLISH (see other side)**

## RESUMEN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD PARA LOS ASOCIADOS DE LA VISIÓN(TEA)

Este resumen de nuestras prácticas de privacidad contiene una versión condensada de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Para obtener más información acerca de estos derechos, por favor ver el Aviso detallado del Manual de Privacidad en recepción.

Fecha de la última revisión 10/09/2013

Fecha de vigencia: Inmediatamente

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica personal. Estamos obligados a proporcionar este Aviso de Privacidad Prácticas a usted por las regulaciones de privacidad emitidos bajo la Ley Federal de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 ("HIPAA").

### Cómo podemos utilizar y revelar información médica personal sobre usted

- Para el tratamiento médico
- Para el Pago
- Para una operación sanitaria
- Para alternativas de tratamiento
- Para beneficios y servicios relacionados con la salud
- Otros fines para los que la ley nos obliga a utilizar o divulgar información personal de salud médica sin su autorización por escrito

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante la oficina o con el Secretario de la Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con la práctica, en contacto con el Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben ser presentada por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

### Usted tiene ciertos derechos respecto a la información que tenemos sobre usted

Estos derechos incluyen:

- Su derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud personal
- Su derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de salud personal
- Su derecho a inspeccionar y copiar la información médica personal
- Su derecho a enmendar la información médica personal que mantenemos sobre usted
- Su derecho a recibir un informe de nuestras revelaciones de su información médica personal
- Su derecho a recibir una copia impresa de este Aviso
- Su derecho a presentar una queja

Regla Final omnibus:

Modificaciones finales del HIPAA Privacidad, seguridad, y de las normativas exigidas por la tecnología de la información de salud para Salud económica y Clínica (HITECH) Ley, son los siguientes:

- Usted tiene el derecho a no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos de la TEA y TEA no pueden vender su información médica sin tu permiso
- Ciertos usos de sus datos médicos, tales como el uso de la información del paciente en la comercialización, requieren la revelación anterior y su autorización. Los usos y revelaciones no descritos en este aviso se harán sólo con su autorización.
- Si paga en efectivo en su totalidad (de su bolsillo) para su tratamiento, puede indicar a TEA no compartir información acerca de su tratamiento con su plan de salud
- Usted tiene el derecho a ser notificado de una violación de datos

Debido a las regulaciones del gobierno, no seremos capaces de liberar su información financiera privada o Salud a nadie sin su permiso. Si quieres un miembro de la familia, consejero, amigo, etc., para que le den su salud privado o información financiera, debe proporcionar su nombre y número de teléfono a nosotros por escrito. Cuando alguien llama a preguntar por su cuenta, el examen o cirugía ocular y No están en su lista, que será incapaz de dar cualquier información.

Para más información sobre asuntos relacionados con este aviso, puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad al 941-792-3937 Ext. 2289.

ENGLISH (see other side)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de archivo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Toma alguna medicina para los ojos? SI NO**      **Fuerza**      **Direcciones**      **La medicación se toma**  
(mg, tableta,      (veces por día o por semana,      (oral, inyección,  
deje caer etc.)      según sea necesario, etc.)      tópica, etc.)

**Medicamentos para los ojos**



**Toma algún medicamento de venta con receta? SI NO**      **Fuerza**      **Direcciones**      **La medicación se toma**  
(mg, tableta,      (veces por día o por semana,      (oral, inyección,  
deje caer etc.)      según sea necesario, etc.)      tópica, etc.)

**Otros medicamentos**



**Toma alguna medicación de venta libre? SI NO**      **Fuerza**      **Direcciones**      **La medicación se toma**  
**NO RESETA**      (mg, tableta,      (veces por día o por semana,      (oral, inyección,  
**Los medicamentos** (a base de hierbas,      deje caer etc.)      según sea necesario, etc.)      tópica, etc.)  
vitaminas, etc.)



**Es alérgico a cualquier medica? SI NO**      **En caso afirmativo, indique:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_