



The Eye Associates

Sight for Life & So Much More

John Swencki
President

Gracias por elegir The Eye Associates como su proveedor de atención para la vista. Le agradecemos que nos dé la oportunidad de brindarle atención profesional para la vista.

Adjunta encontrará una lista en blanco para sus medicamentos. Complete la lista y tráigala a su cita. Al llenar la lista de medicamentos, por favor, incluya todos sus medicamentos y vitaminas, incluyendo cualquier medicamento y gotas de venta libre.

Además, el día de su cita debe traer lo siguiente, si corresponde:

- Sus tarjetas del seguro y una identificación con fotografía
- Sus anteojos actuales, incluyendo lentes de sol y lentes de contacto.
- Durante su examen, es probable que se le dilate la pupila. Recuerde traer sus lentes de sol y consiga un conductor si lo considera necesario.

Llegue de 10 a 15 minutos antes de su cita para que nos permita recopilar información adicional que se necesita para nuestro sistema electrónico de registros médicos.

Si tiene preguntas, no dude en llamarnos al **941-792-2020** o sin costo al 1-866-865- 2020.

West Bradenton Office & Surgery Center	• 6002 Pointe West Blvd, Bradenton, FL 34209	• 941-792-2020
East Bradenton Office & The Optical Gallery	• 6807 53rd Avenue East, Bradenton, FL 34203	• 941-758-1916
Ellenton Office & The Optical Gallery	• 7915 US Hwy 301 N, Suite #101, Ellenton, FL 34222	• 941-729-2020
Sarasota Office & The Optical Gallery	• 2111 Bee Ridge Road, Sarasota, FL 34239	• 941-923-2020
Venice Office & The Optical Gallery	• 250 South Tamiami Trail, #103, Venice FL 34285	• 941-493-3763
Sun City Office & The Optical Gallery	• 3894 Sun City Center Blvd, Sun City Center, FL 33573	• 813-634-2020
Dermatology & Hearing Office	• 2101 61st St W, Bradenton, FL 34209	• 941-794-3376

www.TheEyeAssociates.com

Toll Free: 1-866-865-2020

Paciente

Fecha de nacimiento



The Eye Associates
941-792-2020 | Sight4Life.com

Queremos que sepa que valoramos su privacidad. Su información personal se mantendrá confidencial y nunca la venderemos a proveedores externos. Su información se usará solo para comunicados relacionados con los servicios que proporciona The Eye Associates.

En The Eye Associates, siempre buscamos formas de servirle mejor. Para su conveniencia, ahora usamos correo electrónico, mensajes de texto y comunicaciones telefónicas para recordatorios de citas, notificaciones de anteojos listos y otros comunicados relacionados con los servicios que proporciona The Eye Associates.

Si, en cualquier momento, desea dejar de recibir correos electrónicos o mensajes de texto, puede cancelar estos comunicados si sigue las instrucciones que se incluyen en el comunicado.

Correo electrónico @ _____

Numero de celular

Imprimir su nombre

Fecha

Firme su nombre

<p><i>For office use:</i></p> <p>Entered into NextGen <input type="checkbox"/></p> <p>Chart # _____</p> <p>Initials _____</p>



The Eye Associates
941-792-2020 | Sight4Life.com

ACUSE DE RECIBO DEL RESUMEN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso de Privacidad es proporcionado como requisito de una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Acepto que he recibido el Resumen de Prácticas de Privacidad. Nombre del

paciente

Fecha de nacimiento

No. de

historial médico

=====

¿Podemos divulgar información a otra persona que no sea usted (es decir, cónyuge, hijos, amigos, etc.)? **SÍ**

NO

(Por favor, Seleccione su respuesta)

Si es **SÍ**, mencione a cada persona:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

NO DIVULGAREMOS INFORMACIÓN A PERSONAS QUE NO ESTÉN EN LA LISTA ANTERIOR.

Firma del paciente o Representante personal

Nombre en letra de molde

testigo Fecha

Autorización Vitalicia de The Eye Associates

Nombre del paciente

No. de historial médico

Fecha de nacimiento

Lea lo siguiente y escriba sus iniciales en cada línea.

Es posible que The Eye Associates desee dilatarle sus pupilas con gotas para realizar un examen completo de la vista. Esto no es perjudicial para los ojos. Al dilatar su pupila puede ver ligeramente borroso por unas horas, pero no es peligroso. Puede conducir o usar maquinaria pesada con cuidado durante este período.

Autorizo a The Eye Associates para que atienda a la persona antes mencionada y acepto pagar todos los honorarios y cargos por dicho tratamiento.

Comprendo que seré personalmente responsable de los cargos de cualquier servicio que no esté cubierto por Medicare u otro seguro, como refracciones, accesorios para lentes de contacto, etc.

Lea las siguientes autorizaciones y firme en la línea de abajo.

• FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN VITALICIA PARA MEDICARE

Certifico que es correcta la información que proporcioné en la solicitud de pago en virtud del Título XVII de la Ley del Seguro Social. Autorizo a todo propietario de mi información médica o de otra índole que divulgue a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios u operadores toda información necesaria para esta u otra reclamación de Medicare relacionada. Solicito que se haga en mi nombre el pago de los beneficios autorizados. Cedo los beneficios pagaderos por servicios de médicos al médico o consultorio médico del grupo que suministró los servicios o autorizo que dicho médico u organización envíe una solicitud a Medicare para que yo realice el pago. También solicito que esta autorización se aplique para el resto de los seguros.

• OTRA AUTORIZACIÓN DE SEGURO

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al médico o consultorio médico del grupo por todo servicio que me proporcionen. Autorizo a todo propietario de mi información médica que divulgue a [ver copia de la tarjeta] toda información necesaria para determinar estos beneficios u otros beneficios pagables por los servicios relacionados.

Esta autorización seguirá en vigor hasta que yo lo revoque por escrito.

El suscrito certifica que ha leído lo anterior y que es el paciente, o que está debidamente autorizado por el paciente como el agente general del paciente para cumplir lo anterior y aceptar los términos.

Firma del paciente o Representante personal

Fecha

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de molde

Consentimiento para el tratamiento de un menor

Por el presente autorizo a The Eye Associates para que le administre a mi hijo(a) el tratamiento como considere necesario.

Firma del padre o tutor

Fecha

Nombre del padre o tutor en letra de molde

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de molde

RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA THE EYE ASSOCIATES (TEA)

Este resumen de nuestras prácticas de privacidad incluye una versión abreviada de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el manual detallado del Aviso de privacidad en Recepción.

Fecha de la última revisión 09/10/2013

Fecha efectiva: Inmediata

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CON CUIDADO.

La ley nos exige que se mantenga la privacidad de la Información de salud personal. Se nos pide que le proporcionemos este Aviso de prácticas de privacidad por medio de los reglamentos de privacidad emitidos en vigor de la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA").

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud personal

- Para un tratamiento médico
- Para un pago
- Para operaciones de atención médica
- Para alternativas de tratamiento
- Para beneficios y servicios relacionados con la salud
- Otros fines para los que la ley nos exige que usemos o divulguemos información médica de salud personal sin su autorización por escrito

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en el consultorio o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en el consultorio, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad. Todas las quejas se deben enviar por escrito. No se le penalizará por presentar una queja.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información que tenemos suya

Estos derechos incluyen:

- Su derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud personal
- Su derecho de recibir comunicaciones confidenciales de información de salud personal
- Su derecho de inspeccionar o copiar información de salud personal
- Su derecho de modificar información de salud personal que conservamos sobre usted
- Su derecho de recibir una explicación de nuestras divulgaciones sobre la información de su salud personal
- Su derecho de recibir una copia de este aviso
- Su derecho de presentar una queja

Regla final de recopilación

Las modificaciones finales a las reglas de privacidad, seguridad y cumplimiento ordenadas por la Ley de Tecnología de la Información de Salud Clínica y Económica (HITECH) son de la siguiente manera:

- Usted tiene el derecho de cancelar las comunicaciones de recaudación de fondos de TEA y TEA no puede vender su información de salud sin su permiso
- Ciertos usos de sus datos médicos, como uso de la información del paciente en marketing, exigen una divulgación previa y su autorización. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo se harán con su autorización.
- Si paga el total de su tratamiento en efectivo (de su bolsillo), puede pedirle a TEA que no comparta información sobre su tratamiento con su plan de salud
- Usted tiene el derecho de recibir notificación si hay alguna violación de los datos

De acuerdo con los reglamentos gubernamentales, no podemos divulgar su información de salud o financiera privada a nadie sin su permiso. Si desea que se le divulgue su información de salud o financiera personal a un familiar, asesor, amigo, etc., debe proporcionarnos el nombre y el teléfono por escrito. Cuando alguien llama preguntando acerca de su factura, exámenes o cirugía y NO están en la lista, no podremos divulgar ninguna información.

Para obtener más información sobre cuestiones cubiertas por este aviso, puede ponerse en contacto con el Responsable de la privacidad en el 941-259-0903.

Nombre _____ Fecha de nacimiento_ No. de cuenta _____ Fecha _____

Enumere en las siguientes secciones **TODOS** los medicamentos que toma actualmente:

¿Toma algún medicamento para la vista? Sí NO
MEDICAMENTOS PARA LA VISTA

Presentación
(mg, tabletas, gotas, etc.)

Instrucciones
(veces por día o por semana, según sea necesario, etc.)

Cómo se toma el medicamento (oral, inyección, tópico, etc.)

¿Toma algún medicamento con prescripción médica? Sí NO
OTROS MEDICAMENTOS

Presentación
(mg, tabletas, gotas, etc.)

Instrucciones
(veces por día o por semana, según sea necesario, etc.)

Cómo se toma el medicamento (oral, inyección, tópico, etc.)

¿Toma algún medicamento de venta libre? Sí NO
MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE
(herbales, vitaminas, etc.)

Presentación
(mg, tabletas, gotas, etc.)

Instrucciones
(veces por día o por semana, según sea necesario, etc.)

Cómo se toma el medicamento (oral, inyección, tópico, etc.)

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí NO Si es así, enliste: _____

