

OPHTHALMOLOGY ASSOCIATES

PATIENT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The protection of your health information is important to us at Ophthalmology Associates. We have available to you a comprehensive version of our Notice of Privacy Practices if you wish to read it in its entirety. During the appointment check-in process you will be asked to sign a medical record document acknowledging receipt of the Notice of Privacy Practices. The delivery of your health care services will in no way be conditioned upon your signed acknowledgement. If you have any questions about the Notice of Privacy Practices, please notify an Ophthalmology Associates physician or staff member.

Please Read the Following

I have been provided the opportunity to read the Notice of Privacy Practices at Ophthalmology Associates.

I understand that Ophthalmology Associates is committed to treating and using protected health information about me responsibly. In using this information, this office will comply with all state and federal laws pertaining to your privacy rights, including the Privacy and Security protections provided to you by the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA").

I understand that my health record is the physical and legal property of Ophthalmology Associates, but the information belongs to me. I may have access to inspect, amend or obtain a copy of my health information. Costs will incur for copies of my records, and appointments must be made with the Privacy Officer to inspect, access, or amend my health information.

I understand that Ophthalmology Associates is required to maintain the privacy of my health information. Ophthalmology Associates will require my authorization to release my health information to outside sources with the **exception** of disclosures for purposes of **Treatment, Payment, and Healthcare Operations**. Your authorization will need to be in writing and it will be specific to the disclosure requested. Your authorization for use and disclosure of information, with the exceptions as referenced above, may be revoked in writing at any time. Please notify this office if you ever decide to revoke your consent.

If you believe that your privacy rights have been violated, you may submit a written complaint to our HIPAA Privacy Officer at the address below:

Ophthalmology Associates
1201 Summit Avenue
Fort Worth, TX 76102
Attn: My Le, Privacy Officer

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

La protección de su información de salud es importante para nosotros en Ophthalmology Associates. Tenemos a su disposición una versión completa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad si desea leerlo en su totalidad. Durante el proceso de registro de entrada en el nombramiento, se le pedirá que firme un documento de registro médico confirmando la recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad. La entrega de sus servicios de atención de salud de ninguna manera ser condicionado a su reconocimiento firmado. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la Notificación de Prácticas de Privacidad, por favor notifique a un médico Ophthalmology Associates o miembro del personal.

Por favor, lea las siguientes

Se me ha proporcionado la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad en Ophthalmology Associates.

Entiendo que Ophthalmology Associates se compromete a tratar y utilizar la información de salud protegida sobre mí de manera responsable. En la utilización de esta información, esta oficina se cumplen todas las leyes estatales y federales relativas a sus derechos de privacidad, incluyendo la privacidad y la protección de seguridad que le ha proporcionado la portabilidad de seguro de salud y Accountability Act ("HIPAA ").

Entiendo que mi expediente médico es propiedad física y jurídica de Ophthalmology Associates , pero la información que me pertenece . Puede que tenga acceso para inspeccionar, modificar u obtener una copia de mi información médica. Los costos incurrirán por las copias de mis discos, y las citas deben ser hechas con el Oficial de Privacidad para inspeccionar, acceso o modificar mi información de salud.

Entiendo que Ophthalmology Associates está obligado a mantener la privacidad de mi información de salud. Ophthalmology Associates requerirá mi autorización para divulgar mi información de salud a fuentes externas, con la excepción de las divulgaciones para fines de tratamiento, pago, y servicios sanitarios. Su autorización tendrá que ser por escrito y será específica para la divulgación solicitada. Su autorización para el uso y divulgación de información, con las excepciones que se hace referencia anteriormente, puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Por favor notifique a esta oficina si alguna vez decide revocar su consentimiento.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito a nuestro Oficial de Privacidad HIPAA a la dirección siguiente :

Associates Oftalmología
1201 Summit Avenue
Fort Worth, TX 76102
A la atención de : My Le, Oficial de Privacidad