

# RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Ophthalmology Associates.

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

Account# \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente Rehusó Firmar / Empleado / Fecha

**¿A quién le podemos dar información con respecto a su condición, tratamiento o diagnóstico?**

**Nombre**

**Teléfono**

**Relación**

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**¿Hay alguien que nunca debería tener esta información?**

\_\_\_\_\_

**Puedo ser contactado con respecto a la cita y la información médica en los siguientes métodos:**

Mensaje de texto a \_\_\_\_\_

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

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Podemos dejar un mensaje    **SÍ**    **NO**

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Podemos dejar un mensaje    **SÍ**    **NO**

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Podemos dejar un mensaje    **SÍ**    **NO**

**OPHTHALMOLOGY ASSOCIATES**  
**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. Le solicitamos que reconozca su oportunidad de revisar una copia completa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad firmando a continuación. Este aviso también se puede encontrar en nuestro sitio web [www.fw2020.com](http://www.fw2020.com).

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, pe la información que me pertenezco. 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