



## Formulario sobre Información del Paciente

Apellidos: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_

Dirección- Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Números de Tel.\*: Casa ☐: \_\_\_\_\_ Trabajo ☐: \_\_\_\_\_ Celular ☐: \_\_\_\_\_

\*Marque la casilla junto al número(s) de teléfono donde podemos dejar un mensaje

Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ N.º de S.S.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc. Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ No deseo especificarlo

Raza: ☐ Indio Americano ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Afroamericano ☐ Hawaiano ☐ Otras islas del Pacífico ☐ No deseo contestar

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Cómo conoció Harvard Eye Associates? ☐ Internet ☐ Comercial de TV ☐ Periódico/Revista

☐ Radio ☐ E-mail ☐ En el auto ☐ Correo postal ☐ Evento de salud ☐ Amigo/Familiar ☐ Empleado

☐ Seguro ☐ Derivado por un médico - Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre del optometrista: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**Seguro Primario:** Aseguradora Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor (si no es uno mismo): \_\_\_\_\_ Fec. Nac. suscriptor (si no es uno mismo): \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** Aseguradora Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor (si no es uno mismo): \_\_\_\_\_ Fec. Nac. suscriptor (si no es uno mismo): \_\_\_\_\_

**Seguro de Visión:** Aseguradora Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor (si no es uno mismo): \_\_\_\_\_ Fec. Nac. suscriptor (si no es uno mismo): \_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia/divulgación a personas autorizadas:** Harvard Eye Associates (HEA) puede divulgar o discutir mi información médica personal (Información Médica Protegida, PHI por sus siglas en inglés) (salvo la relativa al tratamiento ☐, pago ☐ y/o gestiones administrativas ☐) con las personas enumeradas a continuación, verbalmente o por escrito. Entiendo que HEA hará todo lo posible para verificar la identidad de las partes designadas antes de divulgar la PHI. También entiendo que puedo cambiar los datos del contacto de emergencia/persona autorizada para la divulgación de información en cualquier momento por escrito.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Su firma a continuación indica que la información proporcionada anteriormente es precisa y completa en la medida de sus posibilidades, y que reconoce que se le informó sobre el Aviso de la Política de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) para HEA. Nuestro NPP le informa sobre cómo podemos usar y divulgar su información protegida. Le recomendamos que lo lea detenidamente. Nuestro NPP está sujeto a cambios. El NPP está disponible en nuestro sitio web en [www.harvardeye.com](http://www.harvardeye.com) y en nuestra oficina. Puede solicitar una copia del NPP. Al proporcionar su dirección de correo electrónico más arriba, usted acepta recibir notificaciones de Harvard Eye Associates por correo electrónico.

Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o del padre o tutor legal del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si está firmado por el padre/tutor legal, nombre del tutor legal \_\_\_\_\_

**Historia clínica**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

**Afecciones oculares actuales:** (Por favor, marque, rodee y escriba donde corresponda)

- |   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataratas                        | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina   | <input type="checkbox"/> Deslumbramiento/Sensibilidad a la Luz | <input type="checkbox"/> Glaucoma     |
| <input type="checkbox"/> Desgarro/Agujero en la retina    | <input type="checkbox"/> Irritación o Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> Degeneración macular                  | <input type="checkbox"/> Queratocono  |
| <input type="checkbox"/> Visión doble o borrosa           | <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética       | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión                  | <input type="checkbox"/> Ojos secos   |
| <input type="checkbox"/> Destellos o partículas flotantes | <input type="checkbox"/> Pterigión                   | <input type="checkbox"/> Traumatismo ocular previo             | <input type="checkbox"/> Astigmatismo |
| <input type="checkbox"/> Oclusión de arteria/vena         | <input type="checkbox"/> Antecedentes de Iritis      | <input type="checkbox"/> Otras: _____                          |                                       |

**Cirugías oculares anteriores:** (marque, rodee y escriba donde corresponda)

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas | <input type="checkbox"/> Radiación al ojo      | <input type="checkbox"/> Cirugía de glaucoma (ALT/SLT, stent, derivación, trabeculectomía) |   |
| <input type="checkbox"/> LASIK                | <input type="checkbox"/> Capsulotomía Yag      | <input type="checkbox"/> Iridotomía con láser (YLPI)                                       | <input type="checkbox"/> PRK <input type="checkbox"/> PRP |
| <input type="checkbox"/> Vitrectomía          | <input type="checkbox"/> Escisión de pterigión | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina   | <input type="checkbox"/> Trasplante de córnea             |
| <input type="checkbox"/> Queratotomía radial  | <input type="checkbox"/> Desgarro de retina    | <input type="checkbox"/> Cirugía de agujero macular  | <input type="checkbox"/> Otras: _____                     |

Cirugías previas (no oculares): \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, cuáles: \_\_\_\_\_**Afecciones médicas actuales/previas :** (Por favor, marque, rodee y escriba donde corresponda)**Cáncer**

- |                                |                                |                                   |                                   |                                   |   |                                  |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pecho | <input type="checkbox"/> Piel  | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Linfoma  | <input type="checkbox"/> Mieloma múltiple | <input type="checkbox"/> Cerebro |
| <input type="checkbox"/> Colon | <input type="checkbox"/> Útero | <input type="checkbox"/> Pulmones | <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Tiroides | Otras: _____                              |                                  |

**Cardiovascular**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión   | <input type="checkbox"/> Colesterol alto       | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (IM) | <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria   |
| <input type="checkbox"/> Arritmia   | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Marcapasos/AICD           | <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda  |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía periférica                              | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar      | <input type="checkbox"/> Aneurisma                 | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca <input type="checkbox"/> ACV / AIT Congestiva (ICC) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad valvular (estenosis aórtica/mitral, etc.) |  | <input type="checkbox"/> Otras: _____              |   |

**Endocrino/Metabólica**

- |  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 1 o 2) | <input type="checkbox"/> Tiroides (hipo e hiper) | <input type="checkbox"/> Tumor hipofisario | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
|--|--|--|---------------------------------------|

**Respiratoria**

- |                               |                               |                                   |                                     |                                       |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

**Neurológica**

- |   |  |   |  |                                   |
|---|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Miastenia Gravis   | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Parálisis facial | <input type="checkbox"/> Neuropatía diabética    | <input type="checkbox"/> Síndrome de Horner | <input type="checkbox"/> Otras: _____        |                                   |

## **Reumatología**

- |  |  |                                       |  |   |
|--|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis         | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide       | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Polimiositis  | <input type="checkbox"/> Arteritis temporal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sjögren | <input type="checkbox"/> Espondilitis anquilosante | <input type="checkbox"/> Sarcoidosis  | <input type="checkbox"/> Esclerodermia | <input type="checkbox"/> Gota               |
| <input type="checkbox"/> Lupus                 | <input type="checkbox"/> Otras: _____              |                                       |  |   |

## **Gastrointestinal**

- |  |   |   |                                  |                                 |
|--|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis      | <input type="checkbox"/> Reflujo (ERGE)   | <input type="checkbox"/> Otras: _____       |                                  |                                 |

## **Genitourinario**

- |                              |   |  |                                       |
|------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HPB | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Actualmente en diálisis | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
|------------------------------|---|--|---------------------------------------|

## **Hematológica**

- |                                       |  |  |   |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia       | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | <input type="checkbox"/> Actualmente recibiendo transfusiones de sangre |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ |  |  |   |

## **Psiquiátrica**

- |                                       |                                    |  |                                   |  |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad     | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ |                                    |  |                                   |  |

## **Enfermedades infecciosas**

- |   |                                       |                                       |  |   |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B y C            | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme |
| <input type="checkbox"/> Sífilis                    | <input type="checkbox"/> Neumonía     | <input type="checkbox"/> Meningitis   | <input type="checkbox"/> Herpes Simple |   |
| <input type="checkbox"/> Herpes Zoster (culebrilla) | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |                                       |  |   |

## **Antecedentes médicos familiares** (marque las casillas correspondientes a continuación)

- |  |                                   |                                 |                                       |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|

## **Antecedentes familiares de enfermedades oculares** (marque las casillas correspondientes a continuación)

- |                                       |  |                                     |   |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma     | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Daltonismo | <input type="checkbox"/> Degeneración macular |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ |  |                                     |   |

## **Antecedentes sociales**

- |   |                             |  |  |
|---|-----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ¿Fuma?         | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, ¿cuánto? _____) | <input type="checkbox"/> Anteriormente |
| <input type="checkbox"/> ¿Bebe alcohol? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, ¿cuánto? _____) | <input type="checkbox"/> Anteriormente |

## **Lentes de contacto/Anteojos** (marque las casillas correspondientes a continuación)

- |   |                             |                             |   |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Actualmente usa anteojos?             | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuántos años tienen tus anteojos? |
| <input type="checkbox"/> ¿Actualmente lleva lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿Por cuánto tiempo?                |

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o del padre o tutor legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si está firmado por el padre/tutor legal, nombre del tutor legal



## Cuestionario sobre Estilo de Vida

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Desea conocer más sobre cómo LASIK puede reducir su necesidad de usar anteojos/lentes de contacto? Sí ☐ No ☐

### ¿Cuántos años tienen sus anteojos actuales?

Principales: \_\_\_\_\_ Sol: \_\_\_\_\_ Lectura: \_\_\_\_\_  
Computadora: \_\_\_\_\_ Deportivos: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

### Qué grado de afección padece en los siguientes casos (rodee):

	Nada					Grave
Deslumbramiento por luz solar al conducir	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Deslumbramiento por faros de un vehículo al anochecer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dificultad para leer las señales de tráfico de lejos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dificultad para leer durante largo tiempo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dificultad para leer con sus anteojos en condiciones de poca luz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dificultad visual para los deportes (seguir una pelota de golf, pelota de tenis)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dificultad con aficiones que requieren agudeza visual (costura, carpintería)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dificultad para jugar a las cartas, bingo, etc.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Dificultad para ver pequeños subtítulos en la TV	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Lectura de letra pequeña (frascos de medicina, guía telefónica, etiquetas de alimentos)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### Responda las siguientes preguntas marcando las casillas correspondientes a continuación:

¿Conduce al anochecer? ☐ A menudo ☐ A veces ☐ Rara vez/No  
¿Usa computadora? ☐ A menudo ☐ A veces ☐ Rara vez/No  
¿Realiza trabajos dónde deba fijar la vista (costura o modelismo)? ☐ A menudo ☐ A veces ☐ Rara vez/No  
¿Ha probado los lentes de contacto de monovisión (un ojo de cerca y un ojo de lejos)? ☐ Si ☐ No  
Si tuviera que usar anteojos después de una cirugía, ¿en qué caso los usaría?  
☐ Leer letra pequeña ☐ Computadora ☐ Conducir

Coloque una "X" en la siguiente escala para **describir su personalidad** lo mejor que pueda:

<.....☐...../.....☐.....>  
Relajado Perfeccionista



## Cuestionario del Paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Por favor complete cada sección a continuación:

### Servicios Estéticos:

¿Está interesado en obtener más información sobre nuestros servicios estéticos y/o hacer una consulta? ☐ Sí ☐ No  
(En caso afirmativo, complete esta sección y la sección de información de contacto a continuación)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Papada                            | <input type="checkbox"/> Manchas en la piel | <input type="checkbox"/> Tratamientos inyectables    | <input type="checkbox"/> Consejos para el cuidado de la piel        |
| <input type="checkbox"/> Labios finos                      | <input type="checkbox"/> Párpados caídos    | <input type="checkbox"/> Relleno facial/Rostro caído | <input type="checkbox"/> Productos para el cuidado de la piel       |
| <input type="checkbox"/> Cejas caídas                      | <input type="checkbox"/> Venas faciales     | <input type="checkbox"/> Juvederm/Restylane/Volbella | <input type="checkbox"/> Manchas marrones/Manchas de la edad /Pecas |
| <input type="checkbox"/> Revisión de cicatriz              | <input type="checkbox"/> Contorno facial    | <input type="checkbox"/> Líneas finas/Arrugas        | <input type="checkbox"/> Vello no deseado                           |
| <input type="checkbox"/> Longitud/Densidad de las pestañas |   |  |   |

### Servicios LASIK:

¿Está interesado en obtener más información sobre nuestros servicios LASIK y/o una evaluación complementaria? ☐ Sí ☐ No  
(En caso afirmativo, complete esta sección y la sección de información de contacto a continuación)

1. ¿Cuáles son algunas de sus aficiones/deportes? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué lo motiva a interesarse por LASIK? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo estaría interesado en someterse a LASIK? \_\_\_\_\_
4. ¿Desea obtener más información sobre los planes de pago para que LASIK sea más asequible? ☐ Sí ☐ No

### Información de Contacto:

Estoy interesado en algunos/todos los servicios adicionales ofrecidos en este momento. ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿a qué número de teléfono podemos llamarlo para proporcionarle información? \_\_\_\_\_

¿Desea que le enviemos información adicional por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿a qué número de teléfono podemos llamarlo para proporcionarle más información? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Acuerdo Financiero y Autorización de Firma de por Vida

Harvard Eye Associates (HEA) son consultorios médicos de propiedad privada que brindan servicios médicos a cambio de una tarifa por servicio. HEA depende exclusivamente del reembolso de las aseguradoras y de los pagos de los pacientes por los servicios prestados de buena fe. HEA no recibe fondos federales, estatales ni de terceros; como tal, HEA no tiene medios para proporcionar atención continuada a las personas sin recursos. El siguiente acuerdo financiero se desarrolla en conformidad con las pautas de la Oficina del Inspector General (OIG), así como con todas las pautas de reembolso estatales y federales aplicables.

Al obtener una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro, HEA verificará su elegibilidad y beneficios, incluidos los deducibles, copagos, coseguros, etc., cubiertos por su seguro de salud, y HEA elevará los reclamos pertinentes por los servicios médicos necesarios a su aseguradora. Tenga en cuenta que, en última instancia, deberá abonar el cargo en el caso de que su compañía de seguros rechace el pago por cualquier servicio(s); por ejemplo, fin de la cobertura, coordinación de los beneficios, falta de pago de la prima, etc.

Los deducibles, coseguros y cualquier servicio no cubierto son responsabilidad del paciente. En la medida de lo posible y factible, todas las responsabilidades financieras del paciente se pagan al momento del servicio y/o antes de los procedimientos quirúrgicos. No todas las compañías de seguros de salud publican su esquema de tarifas (permitidas); por lo tanto, los porcentajes de coseguro no siempre se pueden calcular con precisión a la hora del prepago. HEA le enviará un resumen de cuenta una vez que su seguro de salud haya procesado su(s) reclamo(s); el saldo adeudado se comparará con la Explicación de Beneficios que recibirá de su compañía de seguros de salud. En caso de discrepar con algún monto que apareciera en su Explicación de beneficios/resumen de cuenta, contáctese con los servicios para miembros de su compañía de seguros de salud con el fin de aclarar sus beneficios.

Los copagos, según lo estipulado por su compañía de seguros de salud, deben abonarse en la fecha del servicio.

Tenga en cuenta que las directrices de la OIG (FR Vol. 65, No. 194, oct.5, 2000) en relación con leyes sobre cobros indebidos, así como las obligaciones contractuales con las compañías de seguros de salud de las cuales HEA solicitará el reembolso de los servicios médicos, prohibirán el descuento habitual de las tarifas publicadas, la exención del copago o de cualquier cargo que corresponda al seguro, que de otro modo deberá afrontar el paciente.

Pago por cuenta propia: En el caso de que (1) no tenga seguro, (2) HEA y/o sus clínicas afiliadas no incluyan a su(s) plan(es) de seguro de salud, o (3) usted elija obtener los servicios médicos que no gozan de cobertura (por ejemplo, cosmética u otros servicios que su plan de seguro médico no considere "medicamente necesarios", etc.), HEA acepta el pago por cuenta propio mediante la firma de este acuerdo, a realizarse el día en que se prestan los servicios o, en el caso de los procedimientos quirúrgicos, siempre que se abonen por adelantado.

HEA no acepta casos sujetos a litigio y bajo ninguna circunstancia se brindarán servicios de contingencia.

HEA no es una institución bancaria y no evalúa los cargos financieros para cubrir el costo operativo de la gestión de pagos en cuotas; por lo tanto, no se puede ofrecer una opción de financiación interna (es decir, presupuesto u otros planes a plazos).

**Refracciones oculares:** por lo general, los planes de seguro médico no cubren la parte de refracción de su examen ocular integral. Las refracciones oculares son necesarias no solo para recetar anteojos y lentes de contacto, sino también para determinar si usted tiene una enfermedad ocular. Incluso si no desea recibir anteojos nuevos, la refracción es una parte esencial de su examen ocular completo.

Para su comodidad, HEA acepta efectivo, cheques, giros postales y tarjetas de crédito. Además, HEA ofrece opciones de financiación a través de proveedores externos.

Consentimiento de contacto: al proporcionarnos su(s) número(s) de teléfono fijo o celular, otorga su consentimiento para que nosotros, nuestros agentes y nuestro personal de recaudación, nos comuniquemos con usted a estos números o, a cualquier número que pudiera adquirir en un futuro, a fin de dejarle un mensaje en vivo o pregrabado en relación con cualquier cuenta o servicio. Para una mayor eficacia, las llamadas pueden ser ejecutadas por un sistema de marcación automática.

**Comprendo todos los términos definidos anteriormente; doy mi consentimiento para recibir tratamiento bajo los términos establecidos y acepto cumplir con todas mis obligaciones financieras con Harvard Eye Associates. Por la presente autorizo a este proveedor y a sus empleados, agentes y cesionarios a contactarme por correo electrónico, mensajes de texto y dispositivos móviles personales. Mi firma a continuación constituye mi Acuerdo Financiero y Autorización de Firma de por Vida.**

Nombre del paciente en imprenta

Fecha

Firma del paciente/POA

Nombre del empleado de HEA

Fecha

Firma del empleado de HEA

***El incumplimiento de sus obligaciones financieras con HEA de conformidad con este Acuerdo firmado dará lugar a que su cuenta sea remitida al departamento de Recaudaciones y a la finalización de la relación profesional de acuerdo con las regulaciones que rigen la ética de la atención médica.***



(949) 951-2020

Oficina de Laguna Hills  
23961 Calle de la Magdalena, #300  
Laguna Hills, CA 92653

Oficina de San Clemente  
665 Camino de los Mares, #102  
San Clemente, CA 92673

Oficina de Orange  
1010 West La Veta, #175  
Orange, CA 92868

## **Aviso de la Política de Privacidad, vigente a partir del 1 de mayo de 2015**

Este aviso describe el modo en que su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a dicha información. **Por favor, léalo detenidamente.**

### **Sus Derechos**

#### **1. Obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica, o bien de otra información médica que tengamos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable en base a los costos.

#### **2. Solicitar la corrección de su historia clínica**

- Puede solicitarnos la corrección de la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.

#### **3. Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

#### **4. Delimitar la información que nos permite usar y compartir**

- Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, pago o gestiones internas. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga la totalidad de un servicio o producto de atención médica en efectivo, puede solicitarnos que no compartamos esa información a los efectos de pagos o gestiones internas con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que nos veamos obligados por ley a compartir esa información.

#### **5. Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información**

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la solicitud, además de con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica, así como algunas otras divulgaciones (por ejemplo, las que usted nos hubiere solicitado). Le proporcionaremos un informe al año sin cargo, pero es posible que le cobremos una tarifa en base a los costos si solicita otro dentro de los 12 meses.

#### **6. Obtener una copia de este aviso de privacidad**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

#### **7. Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si le ha otorgado a alguien un poder permanente de representación médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

#### **8. Presentar una queja si considera que se violan sus derechos**

- Puede elevar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nuestro responsable del cumplimiento de la ley HIPAA, 24401 Calle de la Louisa, Suite 300, Laguna Hills, CA 92653.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias en su contra por hacer un reclamo.

### **Nuestros Usos y Divulgaciones**

¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información médica?

Habitualmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### **1. Para ofrecerle tratamiento**

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

## **2. Para gestiones de nuestra organización**

- Podemos usar y compartir su información médica para ejercer nuestra actividad profesional, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

## **3. Para facturarle por sus servicios**

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.

## **4. ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

- En ocasiones se nos permite o requiere que compartamos su información de otras maneras, generalmente de modo que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones estipuladas por ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

## **5. Ayudar en materia de salud pública y seguridad**

Podemos compartir su información médica para ciertos fines como:

- |   |   |
|---|---|
| • Prevenir enfermedades                             | • Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica      |
| • Ayudar con el retiro de productos                 |   |
| • Informar sobre reacciones adversas a medicamentos | • Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de alguien |

## **6. Investigar**

- Podemos usar o compartir su información para la investigación médica.

## **7. Cumplir con la legislación**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este deseara verificar nuestro cumplimiento de la ley federal de privacidad.

## **8. Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

## **9. Trabajar con un médico forense o director de funeraria**

- Cuando una persona fallece, podemos compartir su información médica con un juez de instrucción, médico forense o director de una funeraria.

## **10. Respaldo indemnizaciones laborales, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamaciones de indemnización laboral
- Para hacer cumplir la ley o ante un funcionario del orden público
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

## **11. Para responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación.

### **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personalmente identificable.
- Debemos cumplir con las obligaciones y políticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos otra información que la descrita aquí a menos que nos lo autorice por escrito. Aún si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento, comunicándonoslo por escrito.
- Le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.

Para más información, visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Cambios en los Términos de este aviso**

Podremos cambiar los términos de este aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

## Derechos y Responsabilidades del Paciente

Harvard Eye Associates ha adoptado los siguientes derechos y responsabilidades del paciente. Estos le ayudarán a comprender lo que puede esperar de su experiencia de atención médica.

### Derechos del Paciente

Usted tiene derecho a:

- Ejercer estos derechos sin distinción de género o cultura, antecedentes económicos, educativos o religiosos, o de la procedencia del pago por su atención.
- Ser tratado con respeto, consideración y dignidad.
- Conocer el nombre y las credenciales del médico u otro personal de equipo que le brinda atención.
- Recibir, en tanto fuera conocida, información sobre su diagnóstico, evaluación, tratamiento y pronóstico. Cuando medicamente no fuera recomendable ofrecerle dicha información, esta última se proporcionará a una persona designada por usted o alguien legalmente autorizado.
- Participar activamente en las decisiones relativas a su atención médica. En la medida permitida por la legislación aplicable, esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento.
- Consideración absoluta por la privacidad de su programa de atención médica. La discusión del caso, consulta, examen y tratamiento son confidenciales y se llevarán a cabo de manera discreta.
- Tratamiento confidencial de todas las comunicaciones e informes relacionados con su atención y, salvo que lo exija la ley, el derecho de aprobar o rechazar la divulgación de su historia clínica.
- Respuestas ante cualquier requerimiento razonable de servicio que pueda solicitar.
- Abandonar las instalaciones incluso cuando fuera desaconsejado por su médico.
- Continuidad en la atención y conocer con anticipación la hora y el lugar de su cita, así como el médico que lo atenderá.
- Ser avisado si su médico tiene intención de participar o realizar una investigación que afecte su atención o tratamiento. Tiene derecho a negarse a participar en tales proyectos de investigación.
- Examinar y recibir una explicación de su factura, independientemente de la forma de pago.
- Recibir información sobre la clínica, sus servicios y proveedores, y sobre los derechos y responsabilidades del paciente, así como sobre los programas de cumplimiento de la institución con respecto a la ley estatal y a las normas federales.
- Formalizar sugerencias, demandas o apelaciones sobre Harvard Eye Associates, la atención que brinda o su política de Derechos y Responsabilidad del Paciente a la gerencia de Harvard Eye Associate y/o a su plan de salud.
- Hacer extensivos todos los derechos del paciente a quién pueda tener la responsabilidad legal de tomar decisiones con respecto a su atención médica.
- Recibir información para acceder a la consulta durante el horario de atención, después del mismo y durante el servicio de emergencias.

- Formular voluntades anticipadas, como un testamento en vida o un poder permanente de representación médica y, ser informado sobre la política de la institución con respecto a voluntades anticipadas/testamento en vida.
- Evaluación y control adecuado del dolor, que incluya información sobre el mismo, medidas de alivio y la participación en las decisiones sobre su manejo.
- Otorgar o negar el consentimiento informado para producir o utilizar grabaciones, videos u otras imágenes con fines que no fueran los de la atención médica, o bien solicitar el cese de la producción de las grabaciones, videos u otras imágenes en cualquier momento.
- Acceso y/o copias de su historia clínica dentro de un marco de tiempo razonable y la capacidad de solicitar enmiendas en la misma.
- Obtener datos sobre información relativa a su salud dentro de un marco de tiempo razonable.
- Recibir información sobre resultados no previstos durante la atención médica.

**Responsabilidades del Paciente**

Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información completa y precisa, en la medida de sus posibilidades, incluida su información demográfica, seguros e información médica.
- Ratificar que comprende claramente el curso de su tratamiento médico y lo que se espera de usted.
- Suministrar a la clínica y a sus proveedores la información necesaria para brindarle una atención óptima.
- Seguir el plan de tratamiento establecido por su médico, incluidas las instrucciones de otras personas involucradas en su atención, o responsabilizarse de sus acciones en caso de rechazar el tratamiento o no cumplir el plan de tratamiento recomendado.
- Asistir a las citas y notificar a la Clínica con al menos 24 horas de antelación (cuando sea posible) en el caso de no poder presentarse.
- Asumir personalmente la responsabilidad financiera por cualquier cargo no cubierto por su seguro.
- Seguir las políticas y procedimientos de la Clínica.
- Ser respetuoso con todos los profesionales de la salud y el personal, así como con otros pacientes.
- Informar a sus proveedores sobre cualquier testamento en vida, poder de representación médica u otra voluntad anticipada que pueda afectar su atención.



**Aviso sobre la base de datos de pagos abiertos**

Estamos proporcionando un aviso a nuestros pacientes en conformidad con la ley de California AB 1278. La base de datos de Pagos Abiertos es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos médicos y hospitales universitarios.

Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Por favor, firme y coloque la fecha a continuación reconociendo que ha recibido este aviso.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_