



## Formulario Demografico del Paciente

### Informacion Personal:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Género:  Hombre  Mujer      Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  
Origen étnico: \_\_\_\_\_ Numero De Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Método de Contacto Preferido: \_\_\_\_\_

### Información del seguro médico:

Medi-Cal       Medicare       Privada       Efectivo

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Seguro Secundario: \_\_\_\_\_  
Miembro Primario en Seguro:  Propio       Otro (especifique a continuación)  
ID de miembro: \_\_\_\_\_ Número de póliza /grupo: \_\_\_\_\_

### Parte responsable / suscriptor principal (si no es paciente):

Guardian       Conyuge       Poder Legal       Otro: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento (M-D-A): \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Contacto De Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Certificación:

Certifico a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y precisa.

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

Patient MRN # \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

Fecha: \_\_\_\_\_

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

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

Teléfono del paciente#: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre y Ubicación de la Farmacia \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

HISTORIAL MÉDICO
(Encierre en un círculo cualquiera que corresponda)
Diabetes
Presión Arterial Alta
Presión Arterial Baja
Insuficiencia Cardíaca Congestiva
Golpe (Accidente Cerebrovascular)??
Artritis Reumatoide
Síndrome de Sjogren
Cáncer
VIH/SIDA
Hepatitis
Trastorno Respiratorio/
Enfermedad Pulmonar
Enfermedad o Trastorno Renal
Enfermedad o Trastorno de la Tiroides
Enfermedad o Trastorno Tardiaco
Migrañas
Trastornos Hemorrágicos
Enfermedad de Raynaud
Historia del uso de Esteroides
Otro _____

HISTORIA OCULAR
(Encierre en un círculo cualquiera que corresponda)
Cataratas
Glaucoma
Desprendimiento de retina
Trauma
Trastorno muscular (Estrabismo)
Ojo vago (Ambliopía)
Migrañas oculares
Uveítis
Párpados caídos
Trastorno de la córnea
Ojos secos

CORRECCIÓN DE LA VISIÓN (círculo)
Gafas      Lentes de contacto

PEDIÁTRICO		
	Sí	No
Nacido a término		
Alcanzar los hitos del desarrollo		

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (incluyendo ojos)			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			

	Sí	No	Relación
Glaucoma			
Cancer			
Blindness			
Macular degeneration			
Diabetes			
Retinal detachment			
High blood pressure			
Stroke			

ALERGIAS
_____
_____
_____
_____
_____
_____

MEDICACIÓN (incluyendo dosis, frecuencia)	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

*si necesitas adicional espacio continuar en la parte posterior de papel.*

**¿Ha experimentado alguno de los siguientes cambios en las últimas 2 semanas?**

	Sí	No	Más información:
Fiebre crónica, pérdida o aumento de peso inesperado, fatiga			
Oído, nariz o garganta (pérdida de audición, secreción nasal)			
Cardiovascular (dolor en el pecho, latidos cardíacos irregulares)			
Respiratorio (dificultad para respirar, sibilancias)			
Gastrointestinal (acedia, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento)			
Urinario (dolor al orinar, sangre en la orina, cálculos renales)			
Piel (erupciones cutáneas, sequedad, cambios en las uñas)			
Musculoesquelético (dolor en las articulaciones, dolores)			
Neurológico (entumecimiento, dolores de cabeza, accidente cerebrovascular)			
Sangrado o coagulación			
Psiquiátrico (ansiedad, depresión)			
¿Eres fumador?			Salir cuando _____

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INFORMACIÓN ACERCA DE LAS GOTAS DILATADORAS

Se utilizan gotas dilatadoras para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos a fin de permitir que el oftalmólogo tenga una mejor visualización del interior del ojo.

Las gotas dilatadoras suelen producir visión borrosa durante un determinado periodo de tiempo que varía de una persona a otra y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. Su oftalmólogo no puede predecir hasta qué punto se verá afectada su visión. Debido a que puede ser difícil conducir inmediatamente después de un examen, es aconsejable que haga los arreglos necesarios para no tener que conducir.

Las reacciones adversas, como glaucoma por cierre agudo de Angulo pueden desencadenarse con las gotas dilatadoras. Es un evento extremadamente raro y puede tratarse con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y/o los asistentes que puedan estar encargados de administrar estas gotas, que me las administren. Las gotas son necesarias para diagnosticar mi enfermedad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (O persona autorizada para firmar a Nombre del Paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Responsabilidad Financiera del Paciente

### PÓLIZA DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTARSE A SU CITA:

Pacientes deben de cancelar su cita con 24 hrs de anticipación. Nota: Si usted cancela su cita el mismo día o no se presenta a su cita el día indicado se le podrá cobrar \$25.00. Esta notificación es necesaria para nosotros poder hacer otra cita y utilizar ese horario para hacer cita a otro paciente.

\_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales, que ha leído y entendido esta póliza)

### PÓLIZA FINANCIERA:

Yo certifico que la información que he dado es correcta. Entiendo que esta es la póliza de la Clínica, y que yo soy responsable de obtener autorización (pre-certificación) de mi seguro si es necesario. Yo entiendo que soy yo el interesado en estar al tanto de los beneficios que ofrece mi seguro médico y si tengo que pagar deducible, co-pagos u otros que tenga que pagar a DLP Eye Group.

Yo autorizo a DLP EYE Group asignar y transferir pagos de los beneficios de mi seguro médico.

También entiendo que mientras DLP Eye Group me ayude a cobrar a mi seguro médico, la responsabilidad es mía. Adicionalmente, yo estoy de acuerdo que en caso que no haya pagos por los servicios recibidos, acepto completamente la responsabilidad de pagar el balance, costos de colección, costos de servicio, costos de agencia, o costos de abogado si fuera necesario y es permitido por la ley.

\_\_\_\_\_ (Por favor ponga sus iniciales, que ha leído y entendido esta póliza)

### CONFIDENCIALIDAD:

Como especialista médico puede ser necesario comunicarse por escrito, teléfono, fax o transmisión electrónica a su médico principal, otros médicos que lo están tratando, a compañía de Seguro médico, a Medicare/Medical o a otras agencias de salud, etc. La comunicación entre los doctores que le están tratando es muy importante para usted para poder coordinar el plan de salud que debe seguir. Aun más, los seguros médicos quizás requieran más información que usted ya les ha dado la autorización a ellos de proveer a los miembros participantes.

DLP Eye Group protegerá su privacidad en la medida posible. Esto incluye no difundir datos personales para publicidad y recaudadoras de fondos. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que la información relacionada con mi salud sea transmitida electrónicamente a otros doctores para facilitar mi cuidado médico.

He tenido la oportunidad de leer la Noticia de Prácticas Privadas e información de salud que contienen la descripción de uso y revelación de mi información personal de salud. Yo entiendo que esta información puede ser actualizada y que yo puedo ver la nueva información. La póliza de esta Clínica es para cumplir con las guías de práctica médica federal y de estado.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



Autorización para la divulgación de información

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

Muchos de nuestros pacientes permiten que los familiares inmediatos, incluidos el cónyuge, los padres y los hijos, llamen a los consultorios médicos y soliciten información médica o de facturación. Bajo los requisitos de HIPAA no se nos permite divulgar esta o cualquier otra información de salud personal a nadie, independientemente de su relación con usted. Si desea que su información médica o de facturación se divulgue a un miembro de la familia o cuidador, debe enumerar sus nombres y firmar este formulario. La firma este formulario solo autorizará a los miembros de la familia o cuidadores que se enumeran a continuación

Autorizo a DLP Eye Group a divulgar mi información médica y/o de facturación a las siguiente(s) persona(s):

1.	Relación
2.	Relación
3.	Relación

Además, los médicos y el personal de DLP Eye Group pueden dejar mensajes sobre mi atención médica o facturación.

De acuerdo \_\_\_\_\_ Desacuerdo \_\_\_\_\_ (Seleccione uno).

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	
Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser divulgada o proporcionada.	
Entiendo que la información divulgada a cualquier destinatario anterior ya no está protegida por la ley federal o estatal y puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de (los) destinatario(s) anterior (es).	
Firma:	Fecha:
Aprobación interna:	Fecha:



# Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad Formulario de Acuse de Recibo por Escrito

2446 W Whittier Bl, Montebello, CA 90640  
139 S. Alvarado, Los Angeles, CA 90057  
2715 E. Florence Ave, Huntington Park, CA 90255  
1520 N Grand Ave, Santa Ana, CA 92701  
7100 Van Nuys Bl, Ste 120 Van Nuys, CA 91405  
10942 Ramona Blvd A, El Monte, CA 91731

Yo, \_\_\_\_\_, o se le ha  
ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de DLP Eye Group.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Aviso de prácticas sobre la información médica

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

## Introducción

Nuestro compromiso es manejar y usar su información médica protegida de manera responsable. Según las leyes federales y estatales, la información médica de un paciente es información protegida y confidencial. Este Aviso de prácticas sobre la información médica describe la información médica que recolectamos, y cómo y cuándo usamos y revelamos esa información. Además, describe sus derechos y nuestras responsabilidades en lo que respecta a la información protegida de la salud.

## Comprender su expediente/ información médica

Todas las veces que visite el centro, se hará un registro de su visita. Generalmente, este registro contiene información demográfica, historial médico, notas de procedimiento, resultados de exámenes de laboratorio, diagnósticos, copias de recetas, instrucciones para el alta y consentimientos firmados. A esta información a menudo se la conoce como expediente médico o de salud y actúa como:

- Base para planificar su atención y su tratamiento.
- Recurso para que las enfermeras se comuniquen con usted para darle seguimiento.
- Documentos legales para describir la atención que usted recibió y para mostrar los consentimientos que dio.
- Recurso para que un pagador externo (p. ej., su compañía de seguros) pueda verificar su identidad y que los servicios facturados se le prestaron realmente.
- Fuente de información para los representantes de salud pública encargados del mejoramiento de la salud de este estado y de la nación (como la FDA).
- Recurso por medio del cual los laboratorios de anatomopatología pueden hacer trámites y emitir facturas por las muestras para biopsias.
- Recurso mediante el cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos en nuestro centro, y los resultados que obtenemos.

Es útil que sepa qué es lo que contiene su expediente y cómo se usa su información médica, para garantizar que esta esté correcta y entender bien quiénes, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden tener acceso a su información médica. Además, es útil para que usted cuente con más información para poder tomar decisiones cuando autorice la revelación de esta información.

## Usos y revelaciones de su información médica

Como se mencionó antes, su información médica se usará para diferentes fines importantes. En algunas circunstancias, podríamos usar o revelar su información médica sin tener que pedir su permiso.

Se incluyen algunos ejemplos de formas en las que podemos usar o revelar su información:

**Tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información médica para fines de tratamiento médico. Por ejemplo, sus médicos y enfermeros actualizarán su expediente médico y lo usarán para determinar cuál es el mejor curso de atención. Además, se podría revelar su información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento o con los farmacéuticos que surtirán sus medicamentos recetados.

**Pagos:** Usaremos y revelaremos su información médica para fines de pago. Por ejemplo: usaremos su información médica para preparar y enviar las facturas, y se podría necesitar enviar información a su compañía de seguros para obtener autorización antes de la prestación de ciertos tipos de tratamiento.

**Operaciones de atención médica:** Usaremos y revelaremos su información médica para completar nuestras operaciones internas estándar. Por ejemplo: podríamos usar o revelar su información médica para hacer evaluaciones de calidad y para actividades de mejoramiento de la calidad, además para la administración de la empresa y para otras actividades administrativas en general.

**Usos especiales:** Podríamos usar su información para comunicarnos con usted para hacerle un recordatorio sobre su cita o para darle información relacionada con tratamientos alternativos o con otros beneficios de salud que podrían interesarle.

**Otros usos y revelaciones:** podríamos usar o revelar su información médica sin su consentimiento y, en algunos casos, podríamos estar obligados a hacerlo:

- Requisito de la ley: podríamos estar obligados a revelar su información médica a ciertas autoridades legales si esta se relaciona con una sospecha de actos delictivos, abuso, negligencia o lesiones, y eventos similares.
- Actividades de salud pública: Podríamos estar obligados a revelar su información médica a los representantes de salud pública con el fin de recopilar estadísticas vitales, información relacionada con control de enfermedades, reglamentos federales sobre la calidad y la seguridad de los alimentos y medicamentos, etc.
- Supervisión de salud: podríamos estar obligados a revelar su información médica a ciertos organismos reguladores con el fin de que supervisen el sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales y las investigaciones y auditorías de cumplimiento reglamentario.
- Procedimientos judiciales y administrativos: podríamos revelar su información médica en respuesta a una citación, petición para revelar pruebas o una orden judicial.
- Fallecimiento: podríamos revelar información relacionada con un fallecimiento a médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias o agencias de donación de órganos.
- Amenaza grave para la salud o la seguridad: podríamos revelar su información médica si es necesario para prevenir o disminuir el efecto de una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público.

- Fuerzas militares y fuerzas gubernamentales especiales: Si es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos revelar información según lo exigen las autoridades de comando militar.
- Además, podemos revelar información a una institución correccional o a un oficial del orden público si es necesario para la atención, la salud y la seguridad de los reclusos o de los empleados de la institución correccional.
- Investigación: en las situaciones adecuadas, podríamos revelar su información médica para investigaciones médicas autorizadas.
- Remuneración a los trabajadores: podríamos revelar su información médica en cumplimiento con lo que establecen las leyes de remuneración a los trabajadores o programas similares.

## Requisitos específicos del estado:

Las leyes de privacidad específicas de cada estado pueden aplicar otros requisitos legales. Cumplimos los requisitos de las leyes estatales.

## Otros usos y revelaciones

Existen reglamentos especiales sobre cierta información médica, incluyendo la relacionada con psicoterapia, abuso de sustancias, salud mental, pruebas genéticas, salud reproductiva y VIH/SIDA. Debido a que el centro quirúrgico no trata normalmente dichas condiciones médicas, nuestros expedientes en estas áreas serán expedientes médicos que recibimos de otros proveedores y que incidentalmente se relacionan con estos temas. No obstante, no revelaremos este tipo de expedientes sin tener antes la autorización específica por escrito. En cualquier otra situación no indicada en este aviso, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o revelar cualquier información médica que pueda identificarlo. Si usted decide autorizar el uso o la revelación de su información médica, usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento según lo establece el Código de Reglamentos Federales 45 en su artículo 164.522(a) (45 CFR § 164.508(b)(5)), para evitar que se vuelva a usar o a revelar su información médica de esta forma.

## Sus derechos de información médica

Aunque su expediente médico es propiedad física del centro, la información le pertenece a usted.

Usted tiene derecho a:

- Pedir que se restrinjan ciertos usos y revelaciones de su información médica para el tratamiento, pago, operaciones de atención médica o para cualquier otro propósito permitido, tal y como se establece en 45 CFR § 164.522(a). Sin embargo, debe tener en cuenta que no estamos obligados a aceptar la restricción que se pidió, excepto cuando la restricción se relacione con una revelación a un plan médico si esta revelación es para fines de pago o de operaciones de atención médica que se relacionan únicamente con un artículo o servicio de atención médica que usted (o alguien en su nombre) desembolsó totalmente y por su cuenta al proveedor de atención médica.
- Recibir comunicaciones confidenciales de su información médica, según se establece en 45CFR §164.522(b).
- Verificar y hacer una copia de su expediente médico, según se establece en 45 CFR § 164.524.
- Corregir su expediente médico, según se establece en 45 CFR § 164.526.
- Recibir un informe sobre las revelaciones que se hayan hecho de su información médica, según se establece en 45 CFR § 164.528.
- Obtener una copia impresa de este Aviso de prácticas sobre la información médica, si usted lo pide.

## Nuestras responsabilidades

La ley exige al centro:

- Mantener la privacidad de su información médica.
- Darle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Respetar los términos del Aviso de prácticas sobre la información médica que está actualmente en vigencia.
- Notificarle sobre cualquier violación a la seguridad de su información médica que estemos obligados por ley a notificar.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de poner en vigencia nuevas disposiciones que se apliquen a toda la información protegida de la salud que poseemos. Si, en algún momento, nuestras prácticas relacionadas con la información cambian, le daremos una copia de las enmiendas en su próxima visita, si usted lo pide.

## Para obtener más información o para reportar sobre un problema

Si tiene alguna pregunta o si quiere obtener más información sobre las prácticas de privacidad, puede comunicarse con el gerente del centro, llamando al +1 (323) 727-2550

Si cree que se ha violado su derecho a la privacidad, puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services). No será sancionado de ninguna forma si presenta una queja. La dirección de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) se presenta abajo: