



## **SERVICIOS DE SALUD NO CUBIERTOS POR SU SEGURO**

Es muy probable que su seguro de salud no cubra todos los servicios que se necesiten realizar durante el examen de la vista de su hijo(a). Los dos exámenes más comunes son un examen de rutina de los ojos, y el costo por refracción.

### **¿Qué es un examen rutinario de los ojos?**

Un examen de rutina es cuando no hay problemas particulares visuales y el examen es para confirmar que los ojos estén sanos. Problemas refractivos como hipermetropía, miopía, astigmatismo, dolores de cabeza, migrañas no son considerados por las compañías de seguros problemas reembolsables por ellos. Si se encuentran problemas médicos oculares o relacionados con los ojos puede que el seguro si considere cobertura aunque no haya molestias. Estas son reglas determinadas por su seguro medico no por nosotros.

### **¿Qué es una refracción?**

Un examen de refracción determina si su hijo(a) tiene problemas refractivos como miopía, hipermetropía, astigmatismo, y si existe la necesidad de espejuelos. Este examen es una parte esencial del examen de la vista porque ayuda al doctor a determinar si su hijo pueda tener una condición como ambliopía (ojo flojo), ojos desviados u otros problemas que cuando son detectados a tiempo pueden tratarse con excelentes resultados.

Muchas compañías de seguros no pagan por la refracción aunque sea un examen necesario. Por favor asegúrese antes de venir a su cita si su seguro cubrirá este examen. Si su seguro no cubre usted tendría que pagar por esta parte del examen el día de la cita.

Gracias por confiarnos con la salud de su hijo.



### AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Yo voluntariamente consiento a la prestación de cuidados médicos para mi hijo o para mi que pudieran incluir la administración de gotas para dilatación de los ojos, anestésicos, procedimientos de diagnóstico y/o quirúrgicos.

**ASIGNACION DE BENEFICIOS:** Por medio de la presente asigno el pago directo al médico de aceptar esta asignación de las prestaciones médicas aplicables y otro modo pagadero a mi, pero no deberá exceder los cargos regulares al médico. Entiendo que soy financieramente la responsable de los cargos no cubiertos por esta sesión o por cualquier y todos los cargos que la compañía de seguros se niegue a pagar.

**DIVULGACION DE INFORMACIONES:** El médico podrá revelar todo o parte del expediente del paciente a cualquier persona o empresa que sea o pueda ser responsable en virtud de un contrato para el médico o al paciente o a un miembro de la familia o el empleador del paciente para todos o parte de los cargos médicos, incluyendo pero no limitado a las compañías de seguros, compañías de compensación al trabajador, los fondos de bienestar social o al empleador del paciente.

**HMO DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** Certifico que ESTOY O NO ESTOY actualmente inscrita en cualquier organización de mantenimiento de salud (HMO). Tras el rechazo de una reclamación como resultado de esta admisión, debido a la matrícula actual en un plan HMO constituirá la responsabilidad del pago de la reclamación por mi parte.

**POLITICA DE COLECCIÓN:** Estoy de acuerdo en que si este caso se refiere a una agencia o un abogado para la recolección, que seré responsable de todos los gastos de recaudación, los honorarios profesionales y los costos judiciales.

### AUTORIZACION DE POR VIDA

#### CERTIFICACION DE MEDICAID DEL PACIENTE -AUTORIZACION DEL PACIENTE DE CERTIFICACION PARA DIVULGAR

**INFORMACION Y SOLICITUDES DE PAGO:** Yo certifico que la información dada por mi en la solicitud de pago bajo el Título XVIII y/o en el Título XIX de la Ley del Seguro Social, es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración de Seguro Social o de sus compañías intermediarias, toda la información necesaria para esto o una relación de reclamo de Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre. Puedo asignar los beneficios pagaderos por los servicios médicos. Entiendo que soy responsable de mis deducibles del seguro médico, copagos o coaseguros.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Persona Responsable

El Paciente no pudo firmar debido a: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen \_\_\_\_\_

**Medicaciones** que toma actualmente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tiene alergias nuevas a algún medicamento desde su ultima vista?      **SI**      **NO**

Liste las medicaciones: \_\_\_\_\_

Sufre de alguna de estas enfermedades (glaucoma, diabetes, presión arterial alta, infartos, etc.) o alguna lesión (contusión, etc.):  
 \_\_\_\_\_

Liste si ha tenido alguna cirugía (catarata, tonsilectomía, apendisectomía):  
 \_\_\_\_\_

Tiene algún problema en alguna de las siguientes áreas?:

Si su respuesta es si por favor explique	SI	NO	Descripción
<b>OJOS</b>			
Perdida de visión			
Visión borrosa			
Fluctuación en la agudeza visual			
Visión distorsionada (halos)			
Sensibilidad a la luz			
Perdida de visión periférica			
Visión doble			
Resequedad			
Supuración mucosa			
Enrojecimiento			
Sensación de tener arena o polvillo			
Picazón			
Ardor			
Sensación de tener un cuerpo extraño			
Demasiadas lagrimas/ojos aguados			
Dolor o inflamación en el ojo			
Infección en el ojo o el parpado			
Ojos cansados			
Ojos cruzados			
Parpados caídos			
<b>GENERAL / CONSTITUCION</b> (fiebre, perdida de peso, otro)			
<b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA</b> (nariz tupida, dolor de oído, boca seca, etc.)			
<b>CARDIOVASCULAR</b> (presión alta, taquicardias, etc.)			
<b>RESPIRATORIO</b> (congestión, bronquitis, asma, etc.)			
<b>GASTROINTESTINAL</b> (dolor de estomago, diarreas, constipación, etc.)			

(continuación) SI favor explique	SI	NO	Descripción
<b>GENITALES, RINONES, VEJIGA</b> (dolor al orinar, orinar muy frecuente, impotencia, etc.)			
<b>MUSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES</b> (dolor, rigidez, inflamación, calambres, etc.)			
<b>PIEL</b> (alergias, moluscos, granitos, etc.)			
<b>NEUROLOGICO</b> (dolores de cabeza, adormecimiento, etc.)			
<b>PSIQUIATRICO</b> (ansiedad, depresión, insomnio)			
<b>ENDOCRINO</b> (diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
<b>SANGRE</b> (colesterolemia, anemia, etc.)			
<b>ALERGICO / INMUNOLOGICO</b> (estornudo, hinchazón, picazón, enrojecimiento, etc.)			

<b>HISTORIA FAMILIAR</b>			
	M = madre P = padre H = hermano A = abuelos		
Enfermedad	SI	NO	Relación con el Paciente
<b>Ceguera</b>			
<b>Glaucoma</b>			
<b>Artritis</b>			
<b>Cáncer</b>			
<b>Diabetes</b>			
<b>Problemas de corazón o presión alta</b>			
<b>Enfermedad del riñón</b>			
<b>Lupus</b>			
<b>Infartos</b>			
<b>Enfermedad de tiroides</b>			
<b>Otro</b>			

<b>HISTORIA SOCIAL</b>								
Ocupación Presente: _____								
Educación (bachiller, universidad, título): _____								
Estatus (casado, divorciado, soltero, viudo): _____								
Con quien vive: _____								
Maneja?		<b>SI</b>	<b>NO</b>					
Tiene dificultades al conducir?		<b>SI</b>	<b>NO</b>					
Tiene problemas con su visión en la noche?		<b>SI</b>	<b>NO</b>					
Ha utilizado lentes de contacto?		<b>SI</b>	<b>NO</b>					
Usa actualmente lentes de contacto?		<b>SI</b>	<b>NO</b>	Hace cuanto tiempo?	_____			
Usa actualmente espejuelos?		<b>SI</b>	<b>NO</b>	Desde hace cuando tiene esta prescripción?	_____			
Bebe bebidas alcohólicas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	SI	ocasional	1/día	2-3/día	4+/día	
Fuma?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	SI	ocasional	½ caja/día	1 caja/día	1+ caja/día	

Firma del Medico: \_\_\_\_\_

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



## ACEPTACION DE COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRONICO

**Las comunicaciones a través de Internet o de sistemas de correos electrónicos no están codificadas y son intrínsecamente inseguros. No hay garantía de confidencialidad de la información cuando se utiliza esta forma de comunicación.** Sin embargo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por correo electrónico. Para ello debe completar este formulario.

Tenga en cuenta que:

Esta solicitud sirve para comunicarse con la oficina de Pediatric Ophthalmology Consultants incluyendo Pediatric Plus Optical DBA OPTIWOW o con el Dr Roberto Warman, eyes4kids o optiwow.com.

Pediatric Ophthalmology Consultants no comunicara información de salud, que está especialmente protegida por las leyes estatales y federales (por ejemplo, el VIH/SIDA, abuso de sustancias, información de salud mental) a través de correo electrónico incluso si estamos de acuerdo en comunicarnos con usted por correo electrónico.

Por favor especifique la dirección(s) de correo electrónico a donde las comunicaciones deberán dirigirse

---

Por favor inicialice cada frase:

\_\_\_ Certifico que la dirección de correo electrónico proporcionada en esta solicitud es correcta, y acepto plena responsabilidad de los mensajes enviados desde o hacia mi dirección.

\_\_\_ Entiendo y reconozco que las comunicaciones a través de internet o correo electrónico no están codificadas y son inherentemente inseguras, que no hay ninguna garantía de confidencialidad de la información cuando se comunica de esta manera.

\_\_\_ Entiendo que todas las comunicaciones por correo electrónico en el que me comprometo podrán ser cedidos a otros proveedores, incluidos los proveedores no asociados con Pediatric Ophthalmology Consultants, a efectos de proporcionar tratamiento para mí o para mi hijo(a).

\_\_\_ Me comprometo a conservar a Pediatric Ophthalmology Consultants, Pediatric Plus Optical y los individuos asociados con ella de cualquier y todos los reclamos y las responsabilidades derivadas de o relacionadas con esta solicitud para comunicarse por correo electrónico.

---

Firma del Paciente o Representante Legal

---

Fecha

---

Nombre del Paciente o Representante Legal



# Información de Paciente

3200 S.W. 60 Court, Ste 103  
Miami, Florida 33155-4072

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
Mes Dia Año

Dirección de Hogar \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono Habitación \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

Raza:  Africano  Blanco  Hispano  Otro \_\_\_\_\_

Lengua Preferida:  Ingles  Español  Otro \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Médico que lo Refiere \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_

Doctor Primario/Pediatra \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

## Información de Padres

Quien tiene custodia del Paciente:

Padres  Mamá  Papá  Padres Adoptivos  Abuelos  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento. \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

Dirección  Si es la misma que la de arriba

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono Habitación \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador \_\_\_\_\_

Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento. \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

Dirección  Si es la misma que la de arriba

\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_ Mobil\_\_\_\_\_ Oficina\_\_\_\_\_

Empleador\_\_\_\_\_

Direccion de Empleador\_\_\_\_\_

---

### Contactos de Emergencia

1. Nombre\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_

2. Nombre\_\_\_\_\_ Relación\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_

---

### Information de la Poliza De Seguros

1. Nombre de Compañía\_\_\_\_\_ Relación de Paciente\_\_\_\_\_

Nombre de Poliza\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_

SS#\_\_\_\_\_

Número de Poliza\_\_\_\_\_ Número de Grupo\_\_\_\_\_

Dirección de Reclamos\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_

Codigo Postal\_\_\_\_\_

2. Nombre de Compañía\_\_\_\_\_ Relación de Paciente\_\_\_\_\_

Nombre de Poliza\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_

SS#\_\_\_\_\_

Numero de Poliza\_\_\_\_\_ Numero de Grupo\_\_\_\_\_

Dirección de Reclamos\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_

Codigo Postal\_\_\_\_\_

El pago de los servicios debe ser realizado el día de la cita y debe ser cancelado por completo por el paciente o por la persona acompañando al menor. Si nuestra oficina participa con su proveedor de seguros todos los servicios no cubiertos, copagos y/o deducibles deben ser cancelados en el momento de la visita. Cualquier arreglo diferente del pago completo debe hacerse previo a la cita. Es la responsabilidad del garantor entender y aceptar los lineamientos de su poliza individual. Si a la hora de la visita no nos puede proporcionar la información de su seguro, tendra que pagar por completo por los servicios. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier balance no cubierto por mi compañía de seguros.

He leído y entiendo la poliza de pagos de la oficina y estoy de acuerdo con los terminos aqui descritos.

Firma de paciente o padre o guardian\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Nombre de representante\_\_\_\_\_ Relacion\_\_\_\_\_



## AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE RECORDS

Por medio de la presente autorizo sin precedentes la liberación de records a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Los records en su posesión, concernientes a mi hijo(a) y su enfermedad o tratamiento durante el siguiente periodo

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_

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



**RECONOCIMIENTO DE RECIBO**  
**AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**Mayo 23,2012**

Yo, (nombre del paciente) \_\_\_\_\_, reconozco que se me proporciono una copia del aviso sobre las Practicas de Privacidad de Pediatric Ophthalmology Consultants.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal del Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal del Paciente

\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente

**SOLAMENTE PARA USO CLINICO:**

Pediatric Ophthalmology Consultants, ha hecho en buena fe el esfuerzo de obtener del individuo firmante, reconocimiento escrito del Aviso sobre Prácticas de Privacidad.

## **AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

### **Acerca de este aviso**

Este Aviso le informara sobre las formas en que podemos usar y revelar la información de salud que lo identifica (“Información de Salud”). Describimos también sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto a usar y revelar la Información de Salud. La ley nos exige mantener privacidad de la Información de Salud que lo identifica; entregarle este Aviso sobre nuestros deberes legales y practicas de privacidad con respecto a su Información de Salud; y seguir las condiciones de nuestro Aviso que se encuentran vigentes actualmente. Este Aviso cubre a Pediatric Ophthalmology Consultants , incluyendo a los médicos, así como al personal de apoyo clínico.

### **Como podemos usar y revelar la información de salud sobre usted**

Las categorías siguientes describen varias formas en las que podemos usar y revelar la Información de Salud.

#### **Con fines de tratamiento**

Podemos usar la Información de Salud sobre usted para ofrecerle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar Información de Salud a los médicos, las enfermeras, los técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que participe en su cuidado. Podemos también revelar Información de Salud a personas que se encuentren fuera de esta organización que puedan participar en su cuidado medico.

#### **Con fines de obtener pago**

Podemos usar y revelar Información de Salud para facturar el costo del tratamiento y de los servicios que recibe en Pediatric Ophthalmology Consultants y poder cobrarle a usted, a su compañía de seguros u otro tercer pagador. Por ejemplo, puede ser necesario que le demos información sobre su tratamiento a su plan de salud para que este pague dicho tratamiento. Podemos también informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento o no. En el caso de que se demore el pago de una factura, puede ser necesario que le demos Información de Salud a una agencia de cobro según sea necesario para ayudar a saldar la factura o se puede dar a conocer una deuda pendiente a las compañías de informe de crédito.

#### **Para el manejo del cuidado de salud**

Podemos usar y revelar Información de Salud para fines del manejo del cuidado de salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciben cuidado de calidad y para fines administrativos y de manejo. Por ejemplo, podemos usar Información de Salud para revisar el tratamiento y revelar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal para propósitos educativos y de aprendizaje. Las entidades y los individuos que cubre este Aviso pueden también compartir información unos con otros para propósitos de manejo conjunto del cuidado de salud.

#### **Para recordar las citas/Alternativas de tratamiento/Beneficios y servicios relacionados con la salud**

Podemos usar y revelar Información de Salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado medico, o para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

#### **A los individuos que participan en su cuidado o que tienen que ver con el pago de su cuidado**

Podemos revelar Información de Salud a una persona que participa en su cuidado medico o que ayuda a pagar su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. Podemos también comunicarle a su familia donde usted se

encuentra o su estado general o revelar tal información una entidad que brinda ayuda para aliviar una situación de desastre.

### **Para la investigación**

Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar Información de Salud para fines de investigación.

### **Cuando lo requiera la ley**

Revelaremos información médica sobre usted cuando lo requieran las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

### **Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad**

Podemos usar y revelar Información de Salud cuando sea necesario para impedir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación será a alguien que pueda ayudar a impedir la amenaza.

### **A los asociados de negocios**

Podemos revelar Información de Salud a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos ofrecen sus servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados, bajo nuestro contrato, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni revelar ninguna información aparte de lo que se especifica en el contrato.

### **Para la donación de órganos y tejidos**

Si usted es un donante de órgano o tejido, podemos revelar Información de Salud a las organizaciones que manejan la adquisición de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejido o para un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órgano o tejido.

### **A los militares y veteranos**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar Información de Salud según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar Información de Salud a la autoridad militar extranjera que corresponda si usted es militar extranjero.

### **Para compensación al trabajador**

Podemos revelar Información de Salud para compensación a trabajador o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios a las personas con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **En caso de riesgo para la salud pública**

Podemos revelar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen hacer revelaciones: a una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) para fines relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de una actividad o un producto regulado por la FDA; para impedir o controlar una enfermedad, lesión o incapacidad; para informar sobre nacimientos y fallecimientos; para informar acerca de maltrato o negligencia infantil; para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas que surjan con respecto a productos; para notificar a las personas que puedan haber estado expuesta a una enfermedad o un problema de salud; y a la autoridad gubernamental que corresponda si pensamos que un paciente a sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica y el paciente esta de acuerdo a la ley nos exige o autoriza a efectuar tal revelación.

### **Para las actividades de supervisión de salud**

Podemos revelar Información de Salud a una agencia de supervisión de salud para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgar licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de cuidado de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.

### **En caso de demandas y disputas**

Si usted está implicado en una demanda o disputa, podemos revelar Información de Salud en respuesta a una orden administrativa o de los tribunales. También podemos revelar Información de Salud en respuesta a una citación, petición de información y pruebas o a otro proceso legal de otra persona implicada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para comunicarle a usted acerca de la solicitud o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

### **Para hacer cumplir la ley**

Podemos revelar Información de Salud si lo solicita un agente del orden por las razones siguientes: en respuesta a una orden por las siguientes razones: en respuesta a una orden de los tribunales, orden de comparecencia, orden judicial, citación o proceso similar; para brindar información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo sustancial o persona desaparecida; para ofrecer información sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; para dar información sobre una muerte que pensamos pueda ser resultado de conducta criminal; para proporcionar información sobre conducta criminal en nuestro recinto; y en circunstancias de emergencia informar acerca de un crimen, el lugar del crimen o la ubicación de las víctimas, o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

### **Para la Seguridad Nacional, Actividades de Inteligencia y Servicios de Protección**

Podemos revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contra-inteligencia y otras relacionadas con la seguridad nacional autorizadas por la ley. Podemos también revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan llevar a cabo investigaciones especiales y ofrecer protección al Presidente, otras personas autorizadas y jefes de estado extranjeros.

### **A los funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosas, médicos forenses y directores de funerarias**

Podemos revelar Información de Salud a funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosas, médicos forenses, o directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus deberes.

### **A los presos**

Si usted es un preso en un correccional o está bajo la custodia de un agente del orden, podemos dar a conocer Información de Salud a dicho funcionario o al personal del correccional. Esta Información de Salud se daría a conocer si es necesario (1) que la institución le ofrezca cuidado de salud; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad y protección del correccional.

### **Como enterarse acerca de las protecciones especiales para el VIH, consumo de sustancias controladas y alcohol, enfermedad mental e información genética**

Se aplican protecciones especiales para mantener la privacidad de la información relacionada con el VIH, el consumo de sustancias controladas y el alcohol, la salud mental y la información genética. Algunas partes de este Aviso general sobre las Prácticas de Privacidad pueden no corresponder a este tipo de información. Si su tratamiento tiene que ver con esta información, usted puede comunicarse con el Agente de Privacidad para saber más sobre las protecciones.

### **Otros usos de la Información de Salud**

Si se llegara a usar o revelar la Información de Salud de alguna forma que no esté cubierta por este Aviso o las leyes que nos atañen, esto solo se hará con su permiso por escrito. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento presentando una solicitud escrita al Agente de Privacidad, excepto hasta el punto en que hemos actuado basándonos en su permiso.

### **Sus derechos en cuanto a la información de salud sobre usted**

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a ciertas limitaciones, con respecto a la Información de Salud que mantenemos sobre usted:

#### **Derecho a revisar y copiar**

Usted tiene derecho a revisar y copiar la Información de salud que se puede usar para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su cuidado. Podemos cobrarle por los gastos de las copias, el envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud.

#### **Derecho a solicitar enmiendas**

Si piensas que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información y debe decirnos la razón de su solicitud. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo durante el cual la información sea mantenida por o para Pediatric Ophthalmology Consultants. La solicitud de enmiendas se debe enviar, por escrito, al Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso.

#### **Derecho a solicitar una relación de las revelaciones**

Usted tiene derecho a solicitar que se limite la Información de Salud que usamos o revelamos para el tratamiento, los pagos o el manejo de cuidado de salud. También tiene derecho a solicitar que se limite la Información de Salud que revelamos sobre usted a cualquier persona que participe en su cuidado o en el pago de su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con la misma a menos que terminemos nuestro acuerdo o la información se necesite para ofrecerle tratamiento de emergencia.

#### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre temas médicos en forma específica o en lugares específicos. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Su solicitud debe especificar como o donde usted desea ser localizado. Tendremos en cuenta las solicitudes razonables.

#### **Derecho a solicitar copia en papel de este Aviso**

Usted tiene derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso, aun si ha estado de acuerdo en recibirlo por vía electrónica. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web: [eyes4kids.com](http://eyes4kids.com)

#### **Como puede hacer uso de sus derechos**

Para hacer uso de los derechos descritos en este Aviso, envíe su solicitud, por escrito, a la dirección del Agente de Privacidad que aparece al final de este. Otra posibilidad, para hacer uso de sus derechos para revisar y copiar la Información de Salud, es comunicarse directamente con la consulta de su medico. Para obtener la copia en papel del aviso, comuníquese con el Agente por teléfono o correo.

#### **Cambios de este Aviso**

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicarle el Aviso revisado o modificado a la Información de Salud que ya tenemos así como a cualquier información que recibamos en el futuro.

Fijaremos una copia de este Aviso en la consulta y en nuestro sitio web. Al final de este Aviso se colocara la fecha en que entra en vigor el mismo.

### **Quejas**

Si piensa que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Para presentar una queja a Pediatric Ophthalmology Consultants, comuníquese con nuestro Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso. No será penalizado por presentar una queja.

### **Preguntas**

Si tiene una pregunta acerca de este Aviso Sobre la Privacidad, por favor comuníquese con;

**Privacy Officer** Ivonne Goldstein

Pediatric Ophthalmology Consultants

3200 SW 60<sup>th</sup> Court, Suite 103

Miami,FL 33155

**Telefono:** 305-662-8390

**E-mail:** [igoldstein@eyes4kids.com](mailto:igoldstein@eyes4kids.com)

**Sitio web:** [www.eyes4kids.com](http://www.eyes4kids.com)

**Fecha en que entra en vigor:** 23 de Mayo del 2012



## La Discriminación es Contra la Ley

Roberto Warman M.D. & Associates, P.A. dba Pediatric Ophthalmology Consultants (“Pediatric Ophthalmology Consultants”) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Pediatric Ophthalmology Consultants no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Pediatric Ophthalmology Consultants:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- o Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.

- o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- o Intérpretes capacitados.

- o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Ivonne Goldstein.

Si considera que Pediatric Ophthalmology Consultants no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: administradora Ivonne Goldstein, 3200 SW 60t Ct, Ste 103, Miami, FL 33155, Tel - (305) 662-8390, Fax – (305) 661-7862, [igoldstein@eyes4kids.com](mailto:igoldstein@eyes4kids.com). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, administradora Ivonne Goldstein está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

*English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-(305) 662-8390.*

*French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-(305) 662-8390.*

*Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-(305) 662-8390.*

*Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-(305) 662-8390.*

*Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-(305) 662-8390。*

*French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-(305) 662-8390.*

*Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-(305) 662-8390.*

*Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-(305) 662-8390.*

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة ، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر 1-(305)-662-8390  
لك بالمجان. اتصل برقم

Italian: **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti.  
Chiamare il numero 1-(305) 662-8390

German: **ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-(305) 662-8390

Korean: **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-(305) 662-8390.

Polish: **UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-(305) 662-8390.

Gujarati: ગુજરાતી: ગુજરાતી ભાષામાં સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે, જે સંપૂર્ણપણે મુક્ત છે. સહાયતા સેવાઓ માટે કૃપા કરીને 1-(305) 662-8390 નંબર પર કોલ કરો.

Thai: เรียง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-(305) 662-8390