

Jackson and Lujan Eyecare
4400 Fredericksburg Rd, Ste. 107
San Antonio, Tx 78201
210-737-1926 office/210-737-2621 fax

**AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACION PARA EL
CONSENTIMIENTO LIMITADO DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**
Usted puede negarse a firmar esta autorización, pero en negarse nosotros no podremos
procesar su aseguranza.

Al firmar esta forma sobre el Aviso de Las Practicas de Privacidad, usted da consentimiento a Jackson & Lujan Eyecare en llamarlo en voz alta por su primer nombre y apellido. Si usted prefiere que lo llamemos por otro nombre, favor de informárselo a uno de los asistentes para que lo anoten en su archivo.

Doy permiso a Jackson & Lujan Eyecare para que comparta mi información Medica con las siguientes personas: (favor de incluir padrastros, abuelos y cualquier otra persona con quien usted quiera compartir su información Medica).

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Al haber compartido los números de mi teléfono Celular, números de mi casa, trabajo y mi email, doy permiso a Jackson and Lujan Eyecare de comunicarse conmigo para lo siguiente: información Medica, asuntos financieros, información sobre mi pedido de anteojos o lentes de contacto, eventos o servicios especiales, recordatorios para citas, exámenes anuales e información nueva sobre la salud. Si no quiero ser contactado por medio de mis números telefónicos o email, no compartiré esa información con Jackson and Lujan Eyecare.

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Practicas de Privacidad de Jackson & Lujan Eyecare. Una copia de este documento firmado y fechado será igual de efectivo que el original. **Mi firma en este documento también servirá para divulgar mi información Médica a otros doctores en el futuro si deseo.**

Nombre del paciente (en letras de imprenta)

Firma del paciente

Nombre de Representante Legal (en letras de imprenta y firma)

Parentesco

Fecha: _____

Sus comentarios sobre estos consentimientos: _____

En firma esta forma del Aviso de Las Practicas de Privacidad, usted reconoce y autoriza que esta oficina pueda recomendar productos o servicios que promuevan el mejoramiento de su salud. Esta oficina puede o no recibir remuneraciones de terceros que están afiliadas con esas empresas. Si Jackson & Lujan Eyecare recibe alguna remuneración, nosotros, bajo las leyes de "HIPAA Omnibus Rule" le proporcionaremos esta información.

PARA USO DE JACKSON & LUJAN

Como Oficial de Privacidad, Trate de obtener la firma del paciente(o representantes) en este recibo pero no la obtuve :

- Revisión de emergencia
- No era posible comunicarme con el paciente
- El paciente se negó a firmar
- El paciente no firmo porque _____

Firma del Oficial de Privacidad: _____

Dilatacion de Pupilas (Dilatacion añade aproximadamente de 20-30 minutos al **examen**) Jackson y Lujan Eyecare le recomienda a todos sus pacientes que la dilatacion de pupila sea parte de todo examen ocular comprensivo. **Se recomienda especialmente, a todos los pacientes que padecen diabetes, alta presion, alto grado de miopia, sintomas de destellos o particulas, glaucoma o historial familiar de glaucoma.** La dilatacion consiste en poner gotas especiales en sus ojos para expandir la pupila. Esto permite un panorama mas amplio del interior del ojo. Efectos secundarios de la dilatacion incluyen: sensibilidad a la luz, vista ligeramente borrosa a la distancia y la inability de enfocar la vista de cerca. Algunos pacientes se sienten incomodos para manejar despues de la dilatacion. Estos sintomas duran aproximadamente de 1-4 horas dependiendo del paciente. El costo de este procedimiento esta incluido en su examen.

- Autorizo la dilatacion de mis pupilas.

- Entiendo la importancia de la dilatacion de pupilas, pero prefiero no hacermelo en este momento.

Evaluacion Comprensiva Ocular (Se tarda aproximadamente 10 minutos y no afecta su habilidad para manejar)

Esta evaluacion incluye una fotografia de la retina en alta resolucion y un escaneo profundo de la parte trasera (de atras) del ojo que no se puede ver a simple vista (similar a una Resonancia Magnetica sin la radiacion). **Esta evaluacion se recomienda a toda persona con diabetes, alta presion, cambios en la macula o un historial de enfermedades de los ojos. Tambien se recomienda a toda persona cuyo historial familiar incluye condiciones oculares como la glaucoma.** Esta evaluacion es una buena alternativa para aquellas personas que no se pueden hacer la dilatacion, aunque esta evaluacion es mas profunda, no reemplaza la dilatacion de pupilas. Esta evaluacion nos ayuda detectar y diagnosticar problemas oculares severos antes de que se presenten sintomas o la perdida de vista. El costo de la evaluacion is \$50.00.

- Autorizo la evaluacion comprensiva ocular.

- Prefiero no hacerme la evaluacion comprensiva ocular en este momento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

