**“EYE CARE 4 TX” AVISO DE PRACTICAS PRIVADOS**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REMITIR CUIDADOSAMENTE.

**Nuestro Deber Legal**

**-**Estamos obligados a mantener la privacidad de su informacion de salud protegida y proporcionarle este aviso de practicas y cumplir con sus terminas. Reservamos practicas para proteger la informacion de salud. Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener mas informacion sobre nuestras practicas de privadad o para copias adicionales, nos puede contactar en cual quiera de nuestras oficinas:

6185 Retail Road, Suite 210, Dallas, TX 75231 Telefono y Fax: 469-232-2010

425 Coit Road, Suite 100, Plano, TX 75075 Telefono y Fax: 972-649-6500

18121 Marsh Lane, Dallas, TX 75287 Telefono y Fax: 972-862-2262

**Usos Y Descripciones De Medico Informacion**

-Usamos y divulgamos su informacion medica para el tratamiento, el pago y las referencias a los especialistas (necesarios). Esta oficina puede usar y divulgar informacion medica y financiera relacionada con su atencion que pueda ser necesaria ahora o en el futuro para facilitar el pago por parte de terceros por los servicios prestados por nosotros, o para ayudar, a facilitar los datos de recopilacion para fines de revision de aseguramiento de la calidad o propositos de evaluacion de resultados medicos.

-Copias de su informacion pueden a un optometrista, oftalmologo o medico medico, directa o indirectamente responsable de su cuidado de la vista o el pago de la misma.

-Podemos usar o divulgar de acuerdo con nuestra informacion medica para notificarle a un miembro de la familia o otra persona responsable de su cuidado que brindena un juicio professional y las circunstancias. Es posible que usemos informacion medica en contacto con usted para recordatorios de citas.

-Podemos usar o divulgar su informacion medica para propositos relacionados con asuntos y actividades de salud publica y seguridad, muerte, ciertas solicitudes de su empleador, personal y programas gubernamentales, procedimientos judiciales y administrativos, cumplimiento de la ley, abuso, negligencia o problemas, de violencia domestica y problemas de compensacion.

**DERECHOS DEL INDIVIDUO**

-Esta oficina no utilizara ni divulgara ninguna informacion medica y financiera para ningun proposito que no se haya mencionado anteriormente sin que sea especifico. Puede revocar su autorizacion en cualquier momento. Puede aplicar restricciones sobre ciertos usos. Usted y esta oficina no estan obligados a aceptar un pedido que tenga el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de su informacion de salud protegida. Usted y su informacion de salud protegida. Usted puede tener el derecho de inspeccionar una copia y puede cargar una solicitud de contabilidad de divulgaciones de su informacion de salud protegida de esta oficina. Tarifa basada en los costos de registros y gastos de envio.

**PREGUNTAS Y QUEJAS**

-Usted puede registrar una queja con esta oficina si sospecha que sus derechos de privacidad han sido violados. Investigaremos la queja y se le informara de los hallazgos. No se tomaran represalias contra usted por esta oficina porque usted se registro. Tambien puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Firma del paciente or parte responsible (la persona menor de 18 anos debe tener la firma del padre/tutor):

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

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