

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD 'EYECARE4TX'

ESTE AVISO DESCRIBE COMO USTED PUEDE OBTENER ACESO A SU INFORMACION MEDICA. FAVOR DE LEER
CUIDADOSAMENTE

Nuestro Deber Legal

Estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud y proveerle con este Aviso de Privacidad y cumplir con sus términos. Tenemos el derecho hacer cualquier cambio en nuestra prácticas de privacidad. Puede solicitar una copia de nuestro aviso de privacidad en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad u obtener una copia, nos puede contactar en nuestras oficinas:

6185 Retail Road, Suite 210, Dallas TX, 75231	Teléfono y Fax: 469.232.2010
18121 Marsh Ln, Dallas TX, 75287	Teléfono y Fax: 972.862.2262

Usos y Divulgaciones de Información Médica

- Usamos y divulgamos información médica sobre su tratamiento, pago y referencias a los especialistas necesarios. Esta oficina puede usar y divulgar información médica y financiera relacionada con su cuidado, que pudiera ser necesaria ahora o en el futuro para facilitar pagos de terceros servicios prestados por nosotros, o para ayudar, o facilitar su información médica para fines de revisión de asegurar la calidad o propósitos de evaluación de resultados médicos.
- Copias de su información pueden ser compartidas con su optometrista u oftalmólogo o medico quien esté a cargo del cuidado de su vista o a cargo del pago.
- Podemos usar o divulgar su información médica para notificar a su familiar o alguna otra persona responsable de su cuidado, basado en nuestro juzgamiento profesional. Podremos usar su nombre y locación con el propósito de enviarle sus recordatorios anuales.
- Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de salud pública y seguridad, muertes, solicitudes de su empleador, personal y programas de gobierno, cumplimiento de leyes, abuso, negligencia, violencia doméstica, y problemas de compensación.

Derechos del Individuo

-Esta oficina no utilizara o divulgara ninguna información médica y financiera para algún propósito que no se haya mencionado anteriormente. Puede denegar su autorización en cualquier momento. Puede requerir restricciones sobre ciertos usos. Esta oficina no es requerida a cumplir sus restricciones. Tiene el derecho de recibir el comunicado en privado para tener su información en privado. Tiene el derecho de pedir una copia de solicitud de contabilidad de divulgación de salud de nuestra oficina. Tendrá un costo de registro y gastos de envío.

Preguntas y Quejas

-Usted puede levantar una queja si usted sospecha de que sus derechos de privacidad han sido violados. Investigaremos la queja y se le informara de los hallazgos. No se tomara represalias en su contra por levantar quejas de la oficina. También puede levantar una queja ante la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Firma del Paciente o Responsable del Paciente (Menores de 18 años debe obtener firma del padre o tutor.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____