





**PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Patient Name/Nombre:** \_\_\_\_\_

**SS#** \_\_\_\_\_ **DOB/Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Age/Edad** \_\_\_\_\_

**Address/Dirección:** \_\_\_\_\_

**City/Ciudad:** \_\_\_\_\_ **State/Estado:** \_\_\_\_\_ **ZIP Code/Código postal:** \_\_\_\_\_

**Home Phone/Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone/Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_

**Email/correo electrónico :** \_\_\_\_\_ **Gender/Sexo:** \_\_\_\_\_ **Ethnicity/Etnicidad** \_\_\_\_\_

**Occupation/Ocupación** \_\_\_\_\_ **Employer/ Empleador** \_\_\_\_\_

**Employer Address/Dirección del empleado:** \_\_\_\_\_

**Employer City:** \_\_\_\_\_ **Employer State:** \_\_\_\_\_ **Employer ZIP:** \_\_\_\_\_  
(Ciudad del empleador) (Estado) (Código postal del empleador)

**EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Name/Nombre:** \_\_\_\_\_ **DOB/Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient/Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Phone/Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Address/Dirección:** \_\_\_\_\_

**Insurance Information / Información del seguro**

**Primary Insurance / Seguro primario:** \_\_\_\_\_

**Subscriber's Name / Nombre del suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Secondary Insurance / Seguro secundario:** \_\_\_\_\_

**Subscriber's Name/Nombre del Suscriptor:** \_\_\_\_\_

**I certify that the information on this form is correct to the best of my knowledge.**  
*Certifico que la información sobre esta forma es correcta al mejor de mi conocimiento.*

\_\_\_\_\_  
**Patient Signature / Firma Del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Date / Fecha**



Patient Name/Nombre: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**ASSIGNMENT OF BENEFITS**

I hereby assign all medical and/or surgical benefits to which I am entitled, including Medicare, private insurance, or any other health plans to ACE EYECARE, Inc. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure payment. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as an original.

I understand that I am financially responsible for all charges not paid by my insurance, including non-covered services—such as refraction and cosmetic procedures.

**ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

*Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro, incluyendo servicios no cubiertos, como procedimientos de refracción y cosmético.*

*Por la presente asignar todos los beneficios médicos o quirúrgicos que estoy titulado, incluyendo Medicare, seguro privado o cualquier otros planes de salud a ACE EYECARE, INC. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria para el pago seguro. Esta asignación se mantendrá vigentes hasta que se revocó por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada tan válida como la original.*

*Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro, incluyendo servicios no cubiertos, como procedimientos de refracción y cosmético.*

**AUTHORIZATION FOR THE USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

I hereby authorize the use and disclosure of individually identifiable health information relating to me, which is called Protected Health Information (PHI), under a federal health privacy law. I further understand that my PHI may be used to carry out treatment, payment, or healthcare operations.

I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying ACE Eyecare, Inc in writing.

I have received a copy of ACE Eyecare's **Notice of Privacy Practices** prior to signing this consent.

I understand I have the right to restrict how my PHI is used or disclosed by notifying ACE Eyecare, Inc of my wishes in writing.

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

*Por la presente autorizo el uso y la divulgación de información de salud identificable individualmente relativas a mí, que se llama Información Protegida de la Salud (IPS), en virtud de una ley de privacidad federales de salud. Además, entiendo que mi IPS puede ser utilizado para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención a la salud.*

*Yo entiendo que me puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación ACE Eyecare, Inc por escrito.*

*He recibido una copia del ACE Eyecare, Inc para **Las Prácticas de Privacidad** antes de firmar este consentimiento.*

*Tengo entendido que tienen el derecho de limitar cómo mi IPS es utilizado o revelado mediante notificación ACE Eyecare, Inc de mis deseos por escrito.*

**Patient Signature / Firma del Paciente**

**Date / Fecha**



Name *nombre* \_\_\_\_\_

Date *fecha* \_\_\_\_\_

***How did you hear about us? ¿Como se enteró de nosotros?***

Doctor/Clinic Referral *Referencia de Médico / Clínica*

Specify name *especifica nombre* \_\_\_\_\_

Friend/Family Referral *Referencia de Amigo / Familia*

Specify name *especifica nombre* \_\_\_\_\_

Internet Search *Busqueda de internet*

Google       Yelp       Facebook       YP       Other *Otro*: \_\_\_\_\_

Print Advertising *publicidad en prensa*

Specify publication *especifica publicación* \_\_\_\_\_

Radio Advertising *publicidad en radio*

Specify station *especifica emisora* \_\_\_\_\_

TV Advertising *publicidad en televisión*

Specify station *especifica canal* \_\_\_\_\_

Community Event *evento comunitario*

Specify event *especifica evento* \_\_\_\_\_

Insurance Website / Directory *sitio web / directorio de seguro*

Specify *especifica* \_\_\_\_\_

Other *otro*

Specify *especifica* \_\_\_\_\_



ADVANCED CENTER for EYECARE

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE (ISP)

Date / Fecha / / / DOB / Fecha de Nacimiento / / /

Patient Name / Nombre

Address / Dirección:

I authorize and request ADVANCED CENTER FOR EYECARE to
Yo autorizo y solicito ADVANCED CENTER FOR EYECARE a

Obtain / Obtener Disclose / Revelar

Organization / Nombre De Organización:

Address / Dirección:

Office P:( ) - F:( ) -

If releasing information to ACE, please send to / Si se divulga información a ACE, por favor enviar a:

ACE

1721 Westwind Drive Suite B
Bakersfield, CA 93301
O:661. 215.1006 F: 661. 324.1172

Information to be Disclosed / Información a Divulgar:

Treatment dates / Fechas de tratamiento: All / Todo From / De To / A

- All Medical Records Todos los expedientes médico
Clinical and laboratory tests, visual fields, and photographs Pruebas clínicas, de laboratorio, Examen Visual, Fotografías

Purpose of Discloser / Razon De Divulgacion

- Continuation of care / Continuación de cuidado Individuals request / Petición del paciente

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect for one year from the date of signature unless otherwise specified. I may revoke this authorization at any time by notifying ACE in writing. My revocation will not affect actions taken by ACE prior to its receipt. I understand that once the information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient; federal and/or state privacy laws may or may not protect the re-disclosure. I understand that authorizing the disclosure of information identified above is voluntary, and this authorization is not intended to alter the patient's ability to receive medical care from any health care provider.

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma a menos que se especifique lo contrario. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito ACE. Mi revocación no afectará a las medidas adoptadas por la ACE antes de su recepción.

Entiendo que una vez que la información sea divulgada, podrá ser revelada por el destinatario; federal y / o leyes estatales de privacidad puede o no puede proteger a la nueva divulgación. Entiendo que autorizar la divulgación de información al que se arriba es voluntario, y esta autorización no pretende alterar la capacidad del paciente para recibir atención médica de cualquier proveedor de atención de la salud.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmando que el contenido concuerda con mis instrucciones. Se puede cobrar un cargo por copiar la información de salud protegida.

Patient Signature (Parent)
Firma Del Paciente

Printed Name (Relationship to patient)
Nombre Del Paciente (Relacion al Paciente)

Date
Fecha



**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES – PATIENT ACKNOWLEDGEMENT**

ACE Eyecare, Inc., and its affiliate, the Advanced Center for Eye Care (“Affiliate”), comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and are committed to safeguarding the privacy and confidentiality of your medical records, including the personal information you share with us. To assist us in protecting your privacy, please complete the following:

Patient Name (please print) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

May we leave a detailed voice mail message for you here (please complete and circle):

Home Phone _____	Yes	No
Work Phone _____	Yes	No
Cell Phone _____	Yes	No
Email _____	Yes	No

**What is your preferred method of contact for appointment reminders – please circle:**

Home Number	Work Number	Cell Phone Number	Email
-------------	-------------	-------------------	-------

May we speak to someone else regarding your / the minor’s care?    Yes    No

Name of Contact Person(s)	Relationship to Patient	Phone Number
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

I have been made aware of the privacy practices of ACE Eyecare, Inc., and its Affiliate and have received (or reviewed and been given the option to receive) a copy of their Notice of Privacy Practices. I give my permission for ACE Eyecare, Inc., its Affiliate, and their employees to discuss my / the minor’s care with any person identified above, or with another health care provider. I also authorize the office to release any information acquired in the course of my examination or treatment for consultations or insurance purposes when needed.

_____	_____
Signature of Patient or Parent/Guardian	Date

# ACE EYECARE, Inc.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective date of Notice:

September 1, 2017

***THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.  
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.***

We respect our legal obligation to keep health information that identifies you private. We are obligated by law to give you notice of our privacy practices. This notice describes how we protect your health information and what rights you have regarding it.

### **Our Uses and Disclosures for Treatment, Payment and Healthcare Operations**

The most common reason why we use or disclose your health information is for treatment, payment or health care operations. Examples of how we use or disclose information for treatment purposes are: setting up an appointment for you; testing or examining your eyes; prescribing glasses or eye medications and faxing them to be filled; referring you to another doctor or clinic for consultation or treatment; or getting copies of your health information from another professional that you may have seen before us. Examples of how we use or disclose your health information for payment purposes are: asking you about your health and/or vision insurance coverage, preparing and sending bills or claims and collecting unpaid amounts (either ourselves or through a billing service or collection agency). "Healthcare operations" mean those administrative and managerial functions that we have to do in order to run our office. Examples of how we use or disclose your health information for healthcare operations are: financial or billing audits; internal quality assurance; personnel decisions, defense of legal matters, business planning and outside storage of our records.

### **How else can we use or share your health information?**

We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information, see:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

- **Help with public health and safety issues.** We can share health information about you for certain situations such as:
  - For public health purposes, such as contagious disease reporting, investigation or surveillance and notices to and from the federal Food and Drug Administration regarding drugs or medical devices.
  - Disclosures to governmental authorities regarding victims of suspected abuse, neglect or domestic violence.
  - Uses and disclosures to prevent a serious threat to health or safety.
- **Do research.** We can use or share your information for health research.
- **Comply with the law.** We will share information about you if state or federal law requires it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
- **Address worker's compensation, law enforcement, and other government requests.**
  - When a state or federal law mandates that certain information be reported for a specific purpose.
  - Disclosures for law enforcement purposes, such as to provide information about someone who is suspected to be a victim of a crime; to provide information about a crime at our office, or to report a crime that happened somewhere else.
  - Disclosures relating to Workers' Compensation programs.
  - Uses and disclosures for health oversight activities, such as for the licensing of doctors; for audits by Medicare or Medi-Cal; or for the investigation of possible violations of health care laws.
  - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services.

- **Respond to lawsuits and legal actions.** Disclosures for judicial and administrative proceedings, such as in response to subpoenas or orders of courts or administrative agencies.
- **Work with a medical examiner or funeral director, or to respond to organ and tissue donation requests.** We can disclose your information to a Medical Examiner to identify a dead person or to determine cause of death, or to funeral directors to aid in burial; or to organizations that handle organ and tissue donations.
- **Disclosure of de-identified information.**
- **Incidental disclosures** that are an unavoidable by-product of permitted uses and disclosures.
- **Disclosures to “Business Associates”** who perform health care operations for us and who commit to respect the privacy of your health information.

### **Uses and Disclosures for Other Reasons With Your Permission**

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

- You have both the right and choice to tell us to share information with your family, close friends, or others involved in your care, or to share information in a disaster relief situation. If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.
- We never share your information unless you give us written permission for marketing purposes or sale of your information.
- In the case of fundraising, we may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

### **Appointment Reminders**

We may call or write to remind you of scheduled appointments, or that it is time to make a routine appointment. We may also call or write to notify you of other treatments or services available at our office that might help you.

### **Other Uses and Disclosures**

We will not make any other uses or disclosures of your health information unless you sign a written “authorization form”. The content of said form is determined by federal law. Sometimes, we may initiate the authorization process if the use or disclosure is our idea. Sometimes, you may initiate the process if you wish for us to send your information to someone else. If we initiate the process and ask you to sign an authorization form, you do not have to sign it. If you do not sign the authorization form, we cannot make the use or disclosure. If you do sign an authorization form, you may revoke it at any time. Revocations must be in writing. Send them to the office contact person at the end of this notice.

### **Your Rights Regarding Your Health Information**

The law gives you many rights regarding your health information. You can:

- Ask us to limit what we use or share for purposes of treatment (except emergency treatment), payment or healthcare operations. We do not have to agree to this, but if we agree, we must honor the restrictions that you want. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information. To ask for a restriction, send a written request to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice.
- Get a list of those with whom we’ve shared information. You can ask for an accounting of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
- Request confidential communications, such as by phoning you at work rather than at home or by mailing health information to a different address. We will accommodate these requests if they are reasonable, and if you



reimburse us for any extra cost. If you want to ask for confidential communications, send a written request to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.

- Get an electronic or paper copy of your medical record. By law, there are a few situations in which we can refuse to permit access or copying. For the most part, however, you will be able to review or have a copy of your health information within 30 days of asking us (60 days if the information is stored off-site). You may have to pay for photocopies in advance. If we deny your request, we will send you a written explanation. By law, we can have one 30 day extension of the time for us to give you access or photocopies if we send you written notice of the extension. If you want to review or get photocopies of your health information, send a written request to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.
- Ask us to correct your medical record if you think that it is incorrect or incomplete. If we agree, we will amend the information within 60 days from when you ask us. We will send the corrected information to persons who we know got the wrong information, as well as others that you specify. If we do not agree, you can write a statement of your position that we will include in your health information along with any rebuttal statement that we may write. Once your statement of position and/or our rebuttal is included in your health information, we will send it along whenever we make a permitted disclosure of your health information. By law, we can have one 30 day extension of time to consider a request for amendment if we notify you in writing of the extension. If you want to ask us to amend your health information, send a written request, including your reasons for the amendment, to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.
- Get a copy of this Notice of Privacy Practices upon request. If you want additional paper copies, send a written request to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice.
- Choose someone to act for you. If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
- File a complaint if you feel your rights are violated. You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information at the end of this form. You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). We will not retaliate against you for filing a complaint.

### **Our Responsibilities**

By law, we must abide by the terms of this Notice of Privacy Practices until we choose to change it. We reserve the right to change this notice any time as allowed by law. If we change this notice, the new privacy practices will apply to your health information that we already have as well as to any future information. If we change our Notice of Privacy Practices, we will post the new notice in our office and have copies available in our office.

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

### **Complaints**

If you think that we have not properly respected the privacy of your health information, you are free to complain to us or to the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. We will not retaliate against you if you make a complaint. If you want to complain to us, send a written complaint to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice. If you prefer, you can discuss your complaint in person or by phone.

### **THE FOLLOWING NOTICE IS REQUIRED BY LAW**

You may be referred to Empire Eye and Laser or Empire Surgery Center for certain services. Each of the following physicians has a financial interest with Empire Eye and Laser and Empire Surgery Center: Joseph H. Chang, M.D. and Daniel H. Chang, M.D.

### **Patient's Freedom of Choice**

You are free to choose any ophthalmologist you wish for obtaining services that may be ordered or requested for you by any of the ophthalmologists listed above. Potential sources of information concerning alternatives can also be obtained from the Yellow Pages, the internet, or the Medical Board of California. Your ophthalmologist would be happy to discuss any alternatives with you.

The following address is provided for the filing of any complaints relevant to this notice or the services provided: Medical Board of California, 2005 Evergreen Street, Suite 1200, Sacramento, CA 95815.

### **For More Information**

If you want more information about our privacy practices, write or call ACE Eyecare, Inc., 1721 Westwind Dr, Ste B, Bakersfield, CA 93301, ATTN: Referral Clerk, w: 661-215-1006, f: 661-324-1172.



**NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE**

ACE Eyecare, Inc., y su filial, Advanced Center for Eyecare, cumplen con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y se comprometen a proteger la privacidad y la confidencialidad de sus registros médicos, incluyendo la información personal que usted comparta con nosotros. Para ayudarnos a proteger su privacidad, complete lo siguiente:

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de voz detallado para usted aquí? (complete y marque con un círculo):

Número de Casa _____	Sí	No
Número de Trabajo _____	Sí	No
Número de Celular _____	Sí	No
Correo Electrónico _____	Sí	No

**¿Cuál es su medio de contacto preferido para recordatorios de citas? (marque con un círculo):**

Número de Casa	Número de Trabajo	Número de Celular	Correo Electrónico
----------------	-------------------	-------------------	--------------------

¿Podemos hablar con otra persona acerca de su atención o la del menor?    Sí    No

Nombre de las personas de contacto	Relación con el paciente	Número de teléfono
------------------------------------	--------------------------	--------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Se me han comunicado las prácticas de privacidad de ACE Eyecare, Inc., y su filial, Advanced Center for Eyecare y he recibido una copia de su Notificación sobre Prácticas de Privacidad (o la revisé y se me dio la opción de recibirla). Yo autorizo a que ACE Eyecare, Inc., y su filial, Advanced Center for Eyecare y sus empleados hablen sobre la atención que se me brinda a mí o al menor con cualquiera de las personas identificadas anteriormente, o con otro proveedor de atención médica. También autorizo al consultorio médico a divulgar cualquier tipo de información adquirido en el transcurso de mis exámenes o consulta de tratamientos o trámites del seguro cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o su padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ACE EYECARE, INC.

### NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva de esta notificación: 1 de septiembre

#### **ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISAR CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.**

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la privacidad de la información médica que lo identifica. Estamos obligados por ley a informarle sobre nuestras prácticas de privacidad. Esta notificación describe cómo protegemos su información médica y los derechos que tiene en relación con dicha información.

#### **Nuestros usos y divulgaciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica**

Los motivos más habituales por los que usamos o divulgamos su información médica son el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Estos son algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos información con fines de tratamiento: para programar una cita para usted; para realizar pruebas o exámenes oftalmológicos; para recetar anteojos o medicamentos para los ojos y enviar las recetas por fax para su surtido; para remitirle a otro médico o clínica para consultas o tratamientos; o para obtener copias de su información médica por parte de otro profesional al que pudo haber consultado antes que a nosotros. Estos son algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica con fines de pago: para consultarle sobre la cobertura de su seguro médico o oftalmológico, para preparar y enviar facturas, e reclamaciones y cobrar importes pendientes (ya sea por nuestra cuenta o mediante un servicio de facturación o agencia de cobranza). El término "operaciones de atención médica" hace referencia a las funciones administrativas y gerencial que debemos desempeñar para dirigir nuestro consultorio. Estos son ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica para las operaciones de atención médica: auditorías financieras o de facturación; control de calidad interno; decisiones personales, defensa de asuntos legales, planificación comercial y almacenamiento externo de nuestros registros.

#### **¿De qué otro modo podemos utilizar o compartir su información médica?**

Estamos autorizados o obligados a compartir su información de otras maneras, por lo general, contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Para poder compartir su información con estos fines, tenemos que cumplir muchas condiciones impuestas por la ley. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

- **Ayuda con asuntos de seguridad y salud pública.** Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, por ejemplo:
  - Por razones de salud pública, informes, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas, para intercambiar notificaciones con la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos en relación con medicamentos o dispositivos médicos.
  - Divulgaciones a las autoridades gubernamentales respecto de posibles víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.
  - Usos y divulgaciones para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- **Investigación.** Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.
- **Cumplimiento de la ley.** Compartiremos información acerca de usted en caso de que la ley estatal o federal así lo exija, incluido el Departamento de Salud y Servicios Sociales, para ver que estamos cumpliendo con las leyes federales sobre privacidad.
- Abordaje de indemnizaciones laborales, seguridad pública y otras solicitudes del gobierno.
  - Cuando una ley estatal o federal dispone que deben informarse determinados datos para un propósito específico.
  - Divulgaciones con fines de seguridad pública, como proporcionar información sobre una persona de la que se sospecha que es víctima de un delito; proporcionar información acerca de un delito cometido en nuestro consultorio o denunciar un delito ocurrido en otro lugar.
  - Divulgaciones relacionadas con programas de indemnización laboral.
  - Usos y divulgaciones para actividades de supervisión sanitaria, como la concesión de licencias de médicos, auditorías de Medicare o Medi-Cal o para la investigación de posibles infracciones a las leyes de atención médica.
  - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

- **Respuesta a demandas y acciones judiciales.** Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, por ejemplo, en respuesta a de-identifia o órdenes de juzgados o de organismos administrativos.
- **Trabajo con un médico forense o director de una funeraria, o en respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos divulgar su información a un médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte, a directores de funerarias para ayudarlos con sepulturas o a organizaciones encargadas de donaciones de órganos y tejidos.
- Divulgación de información que no permite la identificación.
- **Divulgaciones de revelaciones incidentales** que son una consecuencia inevitable de divulgaciones y usos permitidos.
- **Divulgaciones a “asociados de negocios”** que realizan operaciones de atención médica para nosotros y se comprometan a respetar la privacidad de su información médica.

## Usos y divulgaciones por otros motivos con su autorización

Respecto de determinada información médica, tiene la opción en cuanto compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo desea que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos cómo desea que procedamos, y seguiremos sus instrucciones.

- Tiene el derecho y la opción de indicarnos que compartamos información con sus familiares, amigos cercanos o otras personas involucradas en su atención, o de indicarnos que compartamos información en situaciones de emergencia. Si no puede expresar su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos compartir su información considerando que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir el riesgo de una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad.
- Nunca compartimos su información con fines de marketing o para su venta, solamente con su permiso en escrito en hacerlo.
- En caso de una recaudación de fondos, es posible que nos comuniquemos con usted en la tarea de recaudación, pero puede indicarnos no volver a hacerlo.

## Recordatorios de citas

Podremos llamar o escribirle para recordarle de citas programadas o indicarle que es momento de programar una cita de rutina. También podremos llamar o escribirle para informarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestro consultorio que puedan ayudarle.

## Otros usos y divulgaciones

No utilizaremos ni divulgaremos su información médica de ningún otro modo, a menos que firme un “formulario de autorización” por escrito. La ley federal determina el contenido de dicho formulario. En ocasiones, podremos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es iniciativa nuestra. Otras veces, es posible que usted inicie el proceso si desea que le enviemos su información a otra persona. Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene la obligación de firmarlo. Si no firma el formulario de autorización, no podremos usar ni divulgar la información. Si firma un formulario de autorización, podrá revocarlo en cualquier momento. Las revocaciones deben realizarse por escrito. Envíelas a la persona de contacto del consultorio que figura al final de esta notificación.

## Sus derechos respecto a su información médica

La ley le da muchos derechos con respecto a su información médica. Puede hacer lo siguiente:

- Nos pide que limitemos la información que usamos o compartimos con fines de tratamiento (excepto el tratamiento de emergencia), pago o operaciones de la atención médica. No tenemos la obligación de estar de acuerdo con esto, pero si estamos de acuerdo, debemos respetar sus restricciones. Si abona el costo total de un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o para las operaciones que realicemos con su compañía de seguros. Le daremos una respuesta afirmativa a menos que una ley nos obligue a compartir esa información. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección al final de esta notificación.
- Obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información. Puede solicitar un recuento de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las que se hayan realizado con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones específicas (como las divulgaciones que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos un recuento al año en forma gratuita, pero aplicaremos una tarifa razonable y basada en el costo si solicita otro en un plazo de 12 meses.

- Solicitar comunicaciones confidenciales, por ejemplo, pedir que le llamemos a su teléfono de trabajo y no el teléfono de casa o que se le envíe la información médica a otra dirección. Cumpliremos estas peticiones si son razonables y si nos reembolsa los gastos adicionales. Si desea solicitar que mantengamos comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección o al fax al final de esta notificación.
- Obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico. Por ley, hay algunas situaciones en las que podemos negar el acceso o el copiado. La mayor parte de las veces, sin embargo, usted podrá revisar su información médica o recibir una copia en un plazo de 30 días desde que realiza la solicitud (o en un plazo de 60 días, si la información está almacenada en una ubicación externa). Es posible que deba abonar las fotocopias por adelantado. Si negamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito. Por ley, contamos con una extensión de 30 días del plazo para darle acceso a su información o a fotocopias si le enviamos un aviso por escrito. Si desea recibir fotocopias de su información médica o revisarla, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección o al fax al final de esta notificación.
- Solicitar que corrijamos su registro médico si cree que es incorrecto o está incompleto. Si aceptamos hacerlo, corregiremos la información dentro de los 60 días siguientes a la fecha de su solicitud. Enviaremos la información corregida a las personas que sepamos que recibieron información incorrecta, y a otras personas que usted especifique. Si no estamos de acuerdo de su pedido, puede escribir una declaración de su postura, que incluiremos en su información médica, junto con cualquier declaración de refutación que redactemos. Una vez que la declaración de su postura o nuestra refutación se incluyan en su información de salud, se las enviaremos cada vez que realicemos una divulgación permitida de su información médica. Por ley, podremos tener una extensión de 30 días para considerar una solicitud de modificación si le informamos por escrito sobre dicha extensión. Si desea pedirnos que modifiquemos su información de salud, envíe una solicitud por escrito en la que incluya los motivos de la modificación a la persona de contacto del consultorio utilizando la dirección o el fax al final de esta notificación.
- Obtener una copia de esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad a pedido. Si desea obtener copias impresas adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección o el fax al final de esta notificación.
- Designar a una persona para que actúe en su nombre. Si ha asignado un poder notarial médico o tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Antes de realizar cualquier acción, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre.
- Si considera que se infringen sus derechos, presente una queja. Si considera que hemos infringido sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja con la información al final de este formulario. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, por carta, a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono, al 1-877-696-6775, o en el sitio web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Nuestras responsabilidades

Por ley, debemos cumplir con los términos de esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad hasta que decidamos modificarla. Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación en cualquier momento, según lo permitido por la ley. Si modificamos esta notificación, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información médica que ya tenemos, así como a cualquier información futura. Si modificamos nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad, publicaremos la nueva notificación en nuestro consultorio y tendremos copias disponibles allí.

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Si se produce una infracción que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber inmediatamente.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ningún modo diferente de los que se describen en el presente, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

## Quejas

Si considera que no hemos respetado la privacidad de su información médica de manera adecuada, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si desea presentar una queja, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección o el fax al final de esta notificación. Si prefiere, puede manifestar su queja en persona o por teléfono.

## LA SIGUIENTE ES UNA NOTIFICACIÓN EXIGIDA POR LA LEY

Se lo podrá referirse a Empire Eye and Laser o Empire Surgery Center para recibir determinados servicios. Cada uno de los siguientes médicos tiene intereses económicos en Empire Eye and Laser y Empire Surgery Center: Joseph H. Chang, médico, y Daniel H. Chang, médico

## **Libertad de elección del paciente**

Usted es libre de elegir al oftalmólogo que desee para recibir los servicios que indiquen o soliciten para usted cualquiera de los oftalmólogos mencionados anteriormente. Puede consultar las Páginas Amarillas, Internet o la Junta Médica de California para ver posibles fuentes de información respecto de otras alternativas. Su oftalmólogo estará dispuesto a conversar con usted sobre cualquier alternativa.

La siguiente dirección se proporciona para presentar quejas relacionadas con esta notificación o los servicios prestados: Medical Board of California, 2005 Evergreen Street, Suite 1200, Sacramento, CA 95815.

## **Para obtener más información**

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, escriba o llame a ACE Eyecare, Inc., ATTN: Referral Clerk, 1721 Westwind Dr, Ste B, Bakersfield, CA 93301, teléfono: 661-215-1006, fax: 661-324-1172.