

Sarrell Regional Dental and Eye Center

Política de nuestra oficina

¡Bienvenido a nuestra oficina! De antemano queremos agradecerle por habernos escogido y por darnos la oportunidad de brindarle a usted y a su niño(a) nuestros servicios y el cuidado y tratamiento de ojos de más alta calidad. Es nuestro compromiso brindarle a su niño(a) el mejor tratamiento y servicio posible.

Por favor comprenda que la edad promedio de nuestros pacientes es de entre 3 a 5 años de edad y sólo podemos trabajar tan rápido como cada niño(a) nos lo permita. Con esto dicho, sólo le podemos proveer con un estimado del tiempo de la duración de la cita de su niño(a).

PADRES, es nuestra política el tratar de establecer una relación de uno a uno entre nuestro personal y su niño(a). Para poder establecer esta relación por lo general le pedimos a los padres que esperen en el lobby hasta que su presencia sea requerida por el personal ó por el doctor. Esto no significa que usted no puede chequear ó ver a su niño(a), pero por favor considere la reacción que su presencia puede causar en su niño(a) cuando lo(a) vean. Es nuestra experiencia que la mayoría de los niños(as) se portan mejor cuando se encuentran solos con el personal.

Para los niños menores de 18 años de edad, el PADRE O GUARDIAN debe de permanecer en el edificio en todo momento mientras su niño(a) esta en tratamiento. Nosotros entendemos que a veces ocurren conflictos entre el horario de su trabajo y nuestras citas, pero nosotros no podemos atender a su niño(a) a menos de QUE SE ENCUENTRE PRESENTE EL GUIEN QUE PUEDA TOMAR LEGALMENTE.

Por favor considere el horario en que usted escogió para hacer su cita. Estas citas están reservadas Exclusivamente para su Niño(a). Una cita perdida/cancelada o cambiada sin un previo aviso de 24 horas nos deja con tiempo de servicio que podría haber sido utilizado para otro niño(a). También contamos con doctores que solamente viajan para tratar a su niño(a) en casos especiales. Sin un previo aviso de 24 horas, estos doctores hacen un viaje especial con su niño(a) en mente y su tiempo se ve perdido.

Gracias por confiar en Sarrell Regional Eye Center y por darnos la oportunidad y el privilegio de servir las necesidades de su niño(a). Si usted tiene cualquier duda o pregunta, por favor consulte a cualquiera de las personas de nuestro personal.

Información del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha: _____
Apellido, Primer Nombre Inicial del segundo nombre

de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____ (Otro): _____

Dirección: _____
Calle # de Apartamento
Ciudad Estado Código Postal

Información sobre la condición del paciente

Por favor marque cualquier condición que se aplique a su niño(a) ó a cualquier miembro de su familia inmediata:

	Usted	Familia		Usted	Familia
Diabetes	_____	_____	Separación retiniana	_____	_____
Alta Presión	_____	_____	Cirugía del ojo	_____	_____
Cataratas	_____	_____	Ojo perezoso	_____	_____
Problemas del corazón	_____	_____	Visión doble	_____	_____
Problemas respiratorios	_____	_____	Ceguera	_____	_____
Problemas de la tiroides	_____	_____	Lesión de la cabeza/ojo	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	Dolores de Cabeza	_____	_____
Pérdida de visión	_____	_____			

- ¿Es alérgico algún medicamento? Si No

Si contestó si, por favor explique: _____

- Por favor enliste cualquier medicamento que usted/ó su hijo(a) esta tomando:

- ¿Ha tenido que ser admitido al hospital ó llevado a urgencias en los últimos 2 años? Si No

Si contestó si, por favor explique: _____

- ¿Esta bajo el cuidado de algun médico? Si No

Si contestó si, por favor explique: _____

• Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

- Enliste a cualquiera de las personas en su familia que hayan tenido: ojos cruzados (bisco), ojo perezoso, párpado caido, ojo prominente, glaucoma, enfermedad retiniana, cataratas, infecciones de ojo o lesión de ojo _____

***Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas e información proporcionadas anteriormente son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo cualquier cambio en mi salud, informaré a los doctores en la cita siguiente sin falta.**

Firma del paciente, padre o guardián Fecha: _____

¿Esta embarazada y/o lactando? Si No
¿Usa anteojos? Si No
¿Usa lentes de contacto? Si No
¿Qué tipo de lentes de contacto usa? Suave Rígido De Larga Duración Otro
¿Los siente cómodos? Si No
Fecha del su ultimo examen de ojos _____ Razón: _____ Nombre del Doctor _____

Información del Padre o Guardián

Lo siguiente es para: Padre Guardián legal

Nombre: _____
 Hombre Mujer Casado Soltero Otro _____

del seguro social _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Celular): _____ (Otro): _____

Dirección: _____
Calle _____ # de apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Consentimiento para Tratamiento/Servicios

Al mejor de mi conocimiento las preguntas que he respondido han sido contestadas correctamente. Yo entiendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño(a). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental y/o de la visión si hay algún cambio en la condición médica y/o uso de medicamentos. Yo le autorizo al dentista y/o optometrista que divulgue cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento u examinación médica que se le haya hecho a mi hijo durante el periodo de tratamiento dental y/o de sus ojos, y que esta información sea distribuida a terceras personas responsables del pago como cualquier agencia de seguros y/o a otros médicos. Yo autorizo que la factura de cobro de mi optometrista ó del grupo de ojos sea directamente pagada por mi agencia de seguro, y que cualquier otro cargo que no sea cubierto por mi agencia de seguros se me facture a mí. Yo entiendo que mi seguro dental y/o de ojos puede pagar menos que la cantidad por la que se facturaron mis servicios. Yo me comprometo a ser responsable por el pago de todos los servicios que se hayan hecho en mi o en mis dependientes.

Yo autorizo que el centro de la visión y/o sus afiliados me llamen a mi casa o mi trabajo para que discutan conmigo todo los temas relacionados con esta forma.

Yo he leído las condiciones de mi tratamiento (o el tratamiento de mis dependientes), las condiciones de pago y estoy de acuerdo con ellas y su contenido.

Fecha: _____ Relación al paciente: _____
Firma del paciente, padre o guardián _____

Información del Seguro (No hay necesidad de llenarla si solo tiene Medicaid o ALL-Kids)

Nombre del Asegurado(a): _____ el asegurado(a) es paciente nuestro? Si No

Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ # de Seguro Social: _____

de identificación: _____ #del Grupo: _____ #del Plan: _____

Dirección del Asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Empleador del Asegurado: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Relación del Asegurado con el paciente: Mismo Esposa(o) Hijo(a) Otro _____

Nombre de la Compañía del Plan de Seguros y su dirección: _____

POLIZA HIPPA DE NUESTRA OFICINA: POR FAVOR LEA Y FIRME LA SIGUENTE PAGINA

En Efecto apartir del 14 de Abril del 2003

Nosotros estamos requeridos por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. La "Información médica protegida" (PHI) es toda aquella información sobre usted, incluyendo información demográfica que lo puede identificar a usted ó que este relacionada con su historial médico, de salud, mental o condición física relacionada con su tratamiento médico pasado, presente o futuro. Nosotros estamos requeridos a regirnos por los términos de Nuestra Política de Privacidad que estén en acuerdo con su política de Información Protegida (PHI). Nosotros daremos a conocer cualquier cambio a nuestra póliza en nuestras oficinas y ha tener copias disponibles en nuestra oficina como a si mismo a publicar estos cambios en nuestra pagina de Internet.

USOS Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA SIN SU CONSENTIMIENTO.

Tratamiento. Nosotros podemos usar ó divulgar su PHI para poder proveer y coordinar todos aquellos servicios que estén relacionados con su salud médica. Esta divulgación puede incluir la comunicación con otros doctores ó profesionales de salud que tengan que ver con su salud y su cuidado médico incluyendo las referencias médicas a otros doctores ó proveedores de salud. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida con otros proveedores de salud que estén involucrados en su tratamiento tales como los laboratorios que estén haciendo sus exámenes médicos ó con su farmacia cuando llamamos para proporcionarle su receta médica.

Pago. Podemos usar ó divulgar su PHI para obtener el pago ó reembolso por los servicios y/o tratamientos médicos que le hemos provisto. Tales divulgaciones de información pueden ser hechas al departamento de cobro y al departamento de facturación, así como también a los departamentos de recaudación o a los burós de crédito. Por ejemplo, antes de que usted reciba nuestro tratamiento ó servicios, nosotros podemos divulgar su PHI con su plan de seguros para determinar su cobertura médica.

Operaciones Medicas/Dentales. Nosotros podemos divulgar su PHI en conexión a ciertas actividades administrativas financieras, legales y cualquier otra actividad de mejoría que nos ayude a mantener y a coordinar las funciones de nuestra organización, nuestros tratamientos y nuestros pagos. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI en cuestionarios para mejorar la calidad de nuestros servicios, en entrenamientos de nuestro staff, regulaciones gubernamentales como licencias, ó cuando se hagan auditorias internas ó auditorias médicas.

Uso Accidental ó Divulgación. Un "Uso accidental ó divulgación" es cuando se usa ó se divulga su PHI y esto no puede ser de manera razonable prevenido. Este tipo de divulgación está limitado a la manera natural en que ocurre el transito de información en nuestra oficina debido a la divulgación de su información con su autorización. Nosotros hemos creado reglamentos y salvaguardas para que, de una manera razonable, su información sea protegida para no ser adquirida ó divulgada de manera indebida. También tenemos políticas y procedimientos que delimitan el uso de su información, para asegurar que, de forma razonable, su información sea usada solamente en un mínimo necesario y solamente divulgada para operaciones específicas.

Usted puede Objetar a Algunos Tipos de Uso ó Divulgación de su información. Para cada uno de los usos ó formas de divulgación de su PHI que se enlistan a continuación, si usted se encuentra presente y disponible, nosotros (1) obtendremos su permiso de manera verbal, (2) le daremos la oportunidad de oponerse, ó (3) de manera razonable inferir sobre las circunstancias, basadas en nuestro juicio profesional, en las que usted está de acuerdo con nuestros procedimientos. Si usted no puede oponerse, nosotros usaremos nuestro juicio profesional para divulgar solamente su PHI a aquellas personas que estén directamente involucradas con su salud. Para los usos de divulgación de información como:

- A un familiar, amigo ó a cualquier otra persona que usted haya designado; solamente se les proporcionara aquella información PHI que esté directamente relacionada y que sea relevante sobre su salud, cuidado de su salud ó pago de sus tratamientos y/o servicios médicos.
- A un familiar, representate personal, o la persona responsable de su cuidado solamente se les proporcionara aquella información PHI que sea necesaria para informar a esos individuos sobre su localización, condición general ó muerte; ó
- A una agencia privada ó pública para uso en caso de desastres naturales. (Aunque usted esté en desacuerdo, aún así, tenemos permiso para divulgar su PHI tanto como sea necesario en caso de circunstancias de emergencia.

Usos Requeridos ó Relevantes: Estamos requeridos por la ley a divulgar su PHI a usted y como está será utilizada y su contabilidad tal y como se describe a continuación. También estamos requeridos a divulgar su PHI al la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando sea requerido para su investigación sobre nuestra conformidad con nuestras leyes de privacidad.

Nuestro Contacto con Usted: Podemos utilizar ó divulgar su PHI para proporcionar recordatorios de sus citas, (por ejemplo, el envío de postales o dejándole un mensaje de voz en su contestador automático, etc.) para proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento u otras ventajas y servicios relacionados con la salud que le pueden ser de interés para usted, como también para recaudar fondos.

Compañías Asociadas: Podemos utilizar y divulgar su PHI a nuestros asociados. Un "asociado" es una persona ó entidad que proporciona ciertas funciones, actividades ó servicios a nuestro nombre en conformidad con un acuerdo escrito, este acuerdo escrito contiene los términos con respecto a la protección de su PHI.

Su PHI puede ser utilizado ó divulgado para lo siguiente:

- Para investigación médica.
- A los forenses, a los examinadores médicos ó a los directores fúnebres
- Para el órgano cadavérico, propósitos de la donación del ojo ó de tejido
- Para evitar una amenaza grave contra la salud pública ó para la seguridad de una persona ó del público.
- Para funciones gubernamentales especializadas; ó
- Para la remuneración del trabajador.

TODO OTRO USO, DIVULGACION Y ACCESO A SU PHI REQUIERE DE SU AUTORIZACION ESCRITA. Usted puede autorizarnos a utilizar ó a divulgar su PHI para otros propósitos. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, su revocación no será aplicable para cualquier uso ó acceso que ya había sido procesado antes que recibiéramos su revocación.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Restricciones: Usted tiene el derecho a pedir que restrinjamos el uso ó accesos a partes o a toda su PHI para tratamiento, pago, funciones de cuidado médico ó aquellos individuos que estén implicados en su cuidado. Sin embargo, nosotros no estamos requeridos a concordar con su requisición. Si convenimos su restricción, nosotros solamente utilizaremos y divulgaremos su PHI de acuerdo con su restricción, a menos de que esta restricción no sea permitida o requerida por ley. (Usted puede pedir una restricción al contactar a nuestro Oficial de Privacidad)

Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene el derecho a pedir que las comunicaciones sobre su PHI sean entregadas por medios alternativos ó en localizaciones alternativas. Por ejemplo, usted puede pedir que lo contactemos en su lugar de trabajo sobre sus citas. Usted tiene que hacer tales peticiones por escrito. Nosotros acomodaremos peticiones razonables, pero podemos condicionar tales acomodaciones hasta no recibir una explicación satisfactoria de cómo se efectuaran los pagos por nuestros servicios, tener información sobre una dirección de domicilio alternativo ó algún otro método de contacto. (Por favor contacte a nuestro Oficial de Privacidad para pedir una Forma de Comunicaciones Confidenciales).

Acceso: Usted tiene el derecho a examinar y a obtener una copia de su PHI que esté contenida en nuestros archivos clínicos, en nuestra facturación y otros archivos usados para tomar decisiones sobre usted, excepto en ciertas situaciones limitadas. Su petición debe de ser por escrito y le cobraremos un costo razonable (como por ejemplo, copias y tiempo de trabajo del empleado). En lugar de copias podemos proveerle con un resumen de su PHI, si usted acepta esta forma y el costo de tal resumen. Podemos, en algunos casos, negar su petición y le notificaremos por escrito las razones de nuestra negación. Así mismo, también le proveeremos con información sobre derechos para obtener una revisión o audiencia a la razón por la que se le negó su petición. (Usted puede pedir ver y recibir una copia de su PHI contactando a nuestro Oficial de Privacidad)

Enmiendas. Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda a su PHI contenido en su expediente clínico, de facturación y algunos otros archivos que sean utilizados para tomar decisiones sobre usted, excepto en ciertas situaciones limitadas. Su petición debe ser por escrito y debe de proveer por lo menos una razón en la cual apoya la enmienda solicitada. Nosotros podemos, en algunos casos, negar su petición y le notificaremos por escrito las razones por las cuales se le negó su petición así mismo también le proveeremos con información sobre sus derechos a rendir por escrito su desacuerdo con la negación y proporcionar información sobre como archivar tal información. (Usted puede pedir una enmienda de su PHI contactando a nuestro Oficial de Privacidad).

Contabilidad. Usted tiene el derecho a recibir un enlistado de los accesos a su PHI que se hayan hecho para otros propósitos aparte de tratamiento, pago, operaciones de cuidado médico, su autorización, a los individuos que estuvieron involucrados en su cuidado ó según lo permitido por la ley. Usted puede pedir todos los usos, accesos ó divulgaciones de su información que se hayan hecho durante los últimos 6 años (pero no ninguna divulgación hecha antes del 14 de Abril, del 2003). Si usted pide esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, le cobraremos un costo razonable para conformar sus peticiones adicionales. (Usted puede pedir un enlistado de sus divulgaciones, contactando nuestro Oficial de Privacidad).

Notificación electrónica: Si usted ha recibido este aviso por medio de un e-mail ó por medio de nuestra Página de Internet, usted tiene el derecho de recibir esta notificación en forma escrita por medio de una petición. Usted puede pedir una copia escrita de este aviso contactando a nuestra oficina.

Preguntas ó Quejas

Si usted tiene cualquier pregunta o siente que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros ó quiere quejarse por nuestras políticas de privacidad, usted puede contactar a nuestro Oficial de Privacidad escribiendo a la siguiente dirección:

Sarrell Regional Dental Center 230 E. 10th St. Suite 106 Anniston, AL 36207

Sarrell Regional Dental Center
230 East 10 Street
Anniston, AL 36207
(256) 741-7340

ACEPTACION DE RECIBO DE NOTIFICACION DE LA POLIZA DE PRIVACIDAD/POLIZA HIPPA

He tenido acceso a, y he leído la Póliza de Privacidad/ Póliza HIPPA de Privacidad de esta oficina.

Yo entiendo y acepto lo que dice esta póliza.

Firma: _____

Fecha: _____

____ La persona responsable no quiso firmar.

____ Por una situación de emergencia, no pudimos recibir la firma.

____ Otra razón. Explique: _____

**AVISO: SARRELL REGIONAL DENTAL & EYE CENTER SE RESERVA EL
DERECHO A NEGAR EL TRATAMIENTO DENTAL Y DE LA VISION A
CUALQUIERA.**

Historial Social

Esta información se mantiene estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede discutir esta porción directamente con el doctor si prefiere.

Si, Prefiero discutir mi historial social con el doctor personalmente (Marcar caja)

¿Maneja usted? No Si. Si su respuesta fue si, ¿usted tiene dificultad para ver cuando maneja? No Si. Si su respuesta fue si, por favor explique: _____ ¿Utiliza

productos de tabaco? No Si. Si su respuesta fue si, escriba el tipo/tiempo/cantidad: _____ ¿Bebe alcohol?

No Si. Si su respuesta fue si, escriba tipo/tiempo/cantidad: _____ Ha estado expuesto ó ha sido infectado con: Gonorrea Hepatitis VIH (SIDA) Sífilis

Revisión de Los Sistemas:

Usted actualmente sufre, o alguna vez ha tenido problemas con algunas de las siguientes áreas:

SISTEMA				SISTEMA			
CONSTITUCIONAL				OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA			
Fiebre, Perdida de peso/aumento				Alergias/Rinitis Alérgica			
INTEGUMENTARIO (piel)				Congestión de la Sinusitis			
NEUROLOGICO				Nariz que moquea			
Dolor de cabeza				Goteo Nasal Posterior (Flemas)			
Migrañas				Tos crónica			
Ataques Epilépticos				Boca/garganta seca			
OJOS				RESPIRATORIO			
Perdida de visión				Asma			
Visión borrosa				Bronquitis crónica			
Visión Distorsionada/Aureola				Enfisema			
Perdida de visión lateral				VASCULAR/CARDIOVASCULAR			
Visión Doble				Diabetes			
Sequedad				Dolor de corazón			
Descarga mucosa (lagañas)				Tensión arterial alta (alta presión)			
Irritación				Enfermedades vasculares			
Sensación Arenosa				GASTROINTESTINAL			
Picazón o Comezón				Diarrea			
Ardor				Estreñimiento			
Sensación de que tiene algo en el ojo				GENITOURINARIO			
Lagrimo Excesivo				Genitales/Riñón/Vejiga			
Sensibilidad a la luz/resplandor				HUESOS/ARTICULACIONES/MUSCULOS			
Dolor/Inflamación de ojos				Artritis reumatoide			
Infección crónica del ojo ó parpado				Dolor muscular			
Orzuelos o Chalazión (Perrillas)				Dolor de las Articulaciones			
Destellos de Luz/ Machas o Motas(Flotadores) en la Visión				LIMFATICO/HEMATOLOGICO			
Ojos Cansados				Anemia			
ENDOCRINO				ALLERGICO/IMUNOLOGICO			
Tiroides/Otras glándulas				PSIQUIATRICO			

Si respondió SI en cualquiera de las anteriores o tiene una condición que no esta en la lista, por favor explique y escriba el nombre de los medicamentos que se encuentre tomando: _____
