

## Aviso De Las Clínica Mercy Eye Care

## Para Las Prácticas Privadas

Este aviso describe cómo su información puede ser utilizada y revelada y cómo puede usted acceder a esta información

Por favor, revísela cuidadosamente.

En la Clínica **Mercy Eye Care** siempre hemos mantenido su información de salud de forma segura y confidencial. Una nueva ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, le enviemos este aviso y sigamos los términos de este aviso.

La ley nos permite que utilicemos o revelemos su información de salud a aquellos implicados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un doctor especialista que puede estar involucrado en sus cuidados.

La podemos usar para revelar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un reporte de su progreso a su compañía de salud.

Podemos usar o revelar su información de salud en nuestras operaciones regulares de cuidados de salud,

Por ejemplo, alguien de nuestro personal, puede introducir su información en nuestro computador.

Podemos compartir su información médica con nuestros asociados de negocios, como un servicio de facturación.

Tenemos un contrato escrito con cada asociado de negocios, que requiere que protejan su privacidad.

Podemos usar su información para contactarle. Por ejemplo, podemos enviar boletines y otra información.

También puede que queramos llamarle y recordarle sus citas. Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que responda al teléfono. En caso de emergencia, podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su cuidado

Podemos revelar parte o toda su información de salud cuando esto sea requerido por la ley.

Si nuestra práctica es vendida, su información se convertirá en propiedad del nuevo dueño.

Excepto por lo que se describe arriba, esta práctica no utilizará o revelará su información de salud sin su previa autorización escrita.

Usted puede pedir por escrito que no utilicemos su información de salud como se describe arriba. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su petición.

Usted tiene el derecho a saber de cualquier uso o revelación que llevemos a cabo con su información de salud, más allá de los usos normales.

Dado que necesitaremos ponernos en contacto con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o teléfono que usted prefiera.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otra práctica. Enviaremos sus archivos por usted.

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con unas pocas excepciones.

Preséntenos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si usted también quiere una copia de sus registros, puede que le carguemos una tarifa razonable por las copias.

Usted tiene el derecho de pedir una modificación o cambio de su información de salud. Entréguenos su petición para hacer los cambios por escrito. Si usted desea incluir una declaración en su archivo, por favor preséntela por escrito.

Puede que realicemos o que no realicemos los cambios que usted solicita, pero nos sentiremos complacidos de incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que añadiremos nueva información.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso. Si cambiamos cualquiera de los detalles de ese aviso, le notificaremos de los cambios por escrito. Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue, S W Room 509F Washington, DC 20201. No habrá represalias por el hecho de que presente una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para más información o ayuda con respecto a la privacidad de su información de salud, por favor póngase en contacto con nuestra Funcionario de Privacidad

**Erika Castro** en el (562) 562 531-8720

Este aviso entra en efecto el 14 de abril de 2003.

**EXHIBIT 4**

Mercy Eye Care  
**Nombre de la Oficina**

**FORMULARIO PARA LA CONFIRMACIÓN POR ESCRITO  
DE HABER RECIBIDO AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD.**

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido una oportunidad revisar el Aviso de las Prácticas de

Nombre del Paciente

Privacidad de Mercy Eye Care

Nombre de la Oficina

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Información del Paciente Nuevo

**POR FAVOR IMPRIMA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Teléfono, (en el día) \_\_\_\_\_ Teléfono (en la noche) \_\_\_\_\_

### Complete si es menor de 18 años o es estudiante

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Dirección/Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del médico que lo remitió \_\_\_\_\_

¿Cubre su seguro de salud alguna porción de su examen de ojos?  Si  No

Si está cubierto, ¿Quién lo cubre?

Medicare Número \_\_\_\_\_  Medicaid Número \_\_\_\_\_

Otro seguro médico \_\_\_\_\_ Póliza/Número del Miembro \_\_\_\_\_

Nombre/Dirección del Segundo Seguro Médico \_\_\_\_\_

¿Es usted personalmente responsable por el pago de los cobros?  Si  No Si no es responsable, ¿Quién lo

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### A quien se notifica en caso de emergencia, (pariente más cercano)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ Teléfono de la Oficina \_\_\_\_\_

### Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a los susodichos Mercy EyeCare Inc. para suministrar toda la información a la compañía aseguradora del asegurado que dicha compañía, aseguradora pueda solicitar en relación con mi actual reclamo.

### Transferencia de los beneficios del seguro

Por la presente transfiero al Mercy EyeCare Inc. todo el dinero al que tengo derecho por gastos en relación con los servicios prestados de vez en cuando, pero que no exceda mi deuda a dicho doctor. Se entiende que los dineros que se reciban de la susodicha compañía aseguradora por encima de mi deuda me serán reembolsados cuando mi cuenta este completamente, pagada. Yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cobros al susodicho doctor.

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Historial Médico del Paciente

Nombre del Paciente  Sexo  Edad

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su estado médico e historial:

Pérdida de visión    Visión borrosa    Visión distorsionada, (halos)    Visión doble    Sequedad  
 Demasiadas lágrimas/ojos aguados    Lágrimas ocasionales    \_\_\_\_\_

1. ¿Ha sido tratado alguna vez por cualquier condición médica (por ejemplo diabetes, alta presión arterial, artritis, etc.)?  
 Si  No  Si así es, por favor explique \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad de los ojos (por ejemplo, glaucoma, catarata, ojo perezoso, desprendimiento de la retina)?  
 Si  No  Si así es, por favor explique \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido alguna vez cualquier tipo de cirugía?  
 Si  No  Si así es, por favor explique \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez?  
 Si  No  Si así es, por favor explique \_\_\_\_\_
5. ¿Toma alguna clase de medicina?  
 Si  No  Si así es, por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Toma alguna clase de medicina para los ojos?  
 Si  No  Si así es, por favor explique \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene alergia a cualquier medicina o alimento?  
 Si  No  Si así es, por favor explique \_\_\_\_\_

### Análisis de los Sistemas

Tiene en este momento o ha tenido cualquiera de los siguientes problemas:	Si	No	Si así es, por favor explique:
Fiebre crónica, pérdida/ganancia de peso inesperado, fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de oído/nariz/garganta (por ejemplo pérdida auditiva, ¿????, garganta adolorida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas del corazón (por ejemplo ¿????????)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas respiratorios (por ejemplo ¿????)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas gastrointestinales (por ejemplo ¿????)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas urinarios (por ejemplo dolor o incomodidad, sangre en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la piel (por ejemplo ¿????, resequedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas músculo esqueléticos (por ejemplo dolores en los músculos, ?????, ?????)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas neurológicos (por ejemplo adormecimiento, ¿????, dolores de cabeza, parálisis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas psiquiátricos (por ejemplo depresión, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Historial Social y de la Familia

¿Su familia tiene enfermedades de los ojos (por ejemplo diabetes, presión arterial alta, ¿????????)?  
 Si  No  Si así es, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Usted fuma? Si fuma ¿Cuánto fuma?

¿Bebe alcohol? Si bebe alcohol ¿Cuánto bebe?

Firma

Fecha