

**WELCOME TO CALIFORNIA VISION CENTER**

APELLIDO \_\_\_\_\_, NOMBRE \_\_\_\_\_ M / H EDAD \_\_\_\_ FECHA NAC. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CELL # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CASA # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CORREO ELC \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_

SSN # \_\_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE TUTOR DEL MENOR \_\_\_\_\_ LICENCIA DEL TUTOR # \_\_\_\_\_

A QUIEN AGRADECEMOS POR SU RECOMENDACION A NUESTRA OFICINA? (POR FAVOR CIRCULE UNO)

ASEGURANZA / AMIGO / FAMILIA / WALK-BY / DOCTOR / VERIZON / CLARK / YELLOW PAGES / YELP / OTHER \_\_\_\_\_

**CONDICIONES MEDICAS (POR FAVOR CIRCULE LO QUE APLICA)**

DIABETES (tipo 1 tipo 2) ALTA PRECION COLESTEROL ALTO ALERGIAS

OTRA: \_\_\_\_\_ ALERGIA A MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

Por favor indique que medicamentos toma:

**Por favor indique todos los sintomas que tiene:**

Borroso a distancia Borroso de cerca Comenzon en ojos Sensible a la luz Dolor de cabeza Ojos lloran  
Ardor en ojos Siente vista forzada despues de leer / computadora

MOTIVO DE ESTE EXAMEN: REVISION / LENTES / CONTACTOS / ENFERMEDAD DE OJO / OTRO

USA LENTES? SI / NO. USA LENTES DE CONTACTO? SI / NO. QUE TIPO? \_\_\_\_\_

ESTA INTERESADO EN CIRUGIA LASER? SI / NO.

CONDICIONES MEDICAS DEL **OJO** EN LA FAMILIA ? (QUE Y QUIEN ) \_\_\_\_\_

CONDICIONES MEDICAS EN LA FAMILIA? (QUE Y QUIEN) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASEGURANZA DE LA VISTA      NOMBRE DEL ASEGURADO      FECHA DE NAC      # DE POLIZA O SS#      RELACION CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
ASEGURANZA MEDICA      NOMBRE DEL ASEGURADO      FECHA DE NAC      # DE POLIZA O SS#      RELACION CON EL PACIENTE

YO, EL QUE A FIRMADO ABAJO TENGO ASEGURANZA QUE CUBRIRA EL TOTAL O PARTE DE LOS SERVICIOS BRINDADOS POR CALIFORNIA VISION CENTER. EN EL CASO DE QUE YO NO TENGA ASEGURANZA O QUE MI ASEGURANZA NO CUBRA EL TOTAL DE LOS SERVICIOS EN LA FECHA QUE CALIFORNIA VISION CENTER ME BRINDE SERVICIOS, YO TENGO LA OBLIGACION DE CUBRIR EL TOTAL DE LOS GASTOS A LOS SERVICIOS. MI INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SOLO AUTORIZO QUE SEA COMPARTIDA CON AUTORIDADES, ASEGURANZA, DOCTORES MEDICOS, PADRES O TUTORES EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR DE EDAD. EL REVERSO DE ESTA FORMA INFORMA QUE LA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SOLO SERA COMPARTIDA EN CASO DE QUE SEA REQUERIDA POR AUTORIDADES, ASEGURANZA, DOCTORES MEDICOS, PADRES O TUTORES EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR DE EDAD. CON MI FIRMA ASEGURO TAMBIEN HABER LEIDO EL REVERSO.

**FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_**

**POR FAVOR RESERVE LA PARTE DE ABAJO PARA VISITAS FUTURAS. SI SU INFORMACION ES IGUAL SOLO FIRME Y PONGA FECHA ABAJO.**

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## ***NOTA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD***

ESTA NOTA DESCRIBE, EL COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA O REVELADA Y DE COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE. ESTA NOTA ES EFECTIVA 12/12/02.

### **El Derecho de Advertir**

Como paciente, usted tiene el derecho a la nota adecuada de los usos y revelaciones de su información protegida de salud. Bajo la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad y Acto de Acceso (HIPAA). El Centro del Optometrista, Dr. Jana Chen y del Dr. James P. Cheung y Asociados puede utilizar su información protegida de salud para el tratamiento, pago y para las operaciones de asistencia médica.

a.) El Tratamiento- Nosotros podemos utilizar y podemos revelar su información de salud a un doctor u otro doctor que le este proveendo tratamiento medico.

b.) El Pago- Nosotros podemos utilizar y poder revelar su información de salud para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos a usted.

c.) Operaciones de Asistencia Médica-Nosotros podemos utilizar y podemos revelar su información de salud con respecto a nuestras operaciones de asistencia medica. Las operaciones de asistencia medica incluyen la evaluación de calidad y actividades de mejora. Revisar la competencia o los requisitos de profesionales de asistencia medica, el desempeño del proveedor que evalúa, conducir programa de capacitación, la acreditación, las certificaciones o las actividades de licencia.

### **Su Autorización**

La mayoría de los usos y las revelaciones que no caen bajo el tratamiento, el pago, y las operaciones de asistencia médica requerirán su autorización por escrito. Al firmar, usted puede revocar su autorización (por escrito) a nuestra oficina cuando sea.

### **Las Situaciones de Emergencia**

En caso de su incapacidad o una situación de emergencia, nosotros revelaremos información de salud a un miembro de la familia, o a otra persona responsable de su cuidado, utilizando nuestro juicio profesional. Sólo revelaremos información de salud que es directamente pertinente al involucramiento de la persona en su asistencia medica.

### **La Venta**

Nosotros no utilizaremos su información de salud para vender comunicaciones sin su autorización.

### **Requerido Por la Ley**

Nosotros podemos utilizar también o podemos revelar su información de salud cuando lo sea requerido por la ley.

### **El Abuso o Descuido**

Si podemos revelar su información de salud para apropiar las autoridades si creemos razonablemente que usted es una víctima posible del abuso, del descuido, de violencia doméstica o víctima de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud hasta el punto necesario de evitar una amenaza grave de salud hacia usted u otras personas.

### **Seguridad Nacional**

Nosotros podemos revelar la información de la salud del personal de fuerzas armadas a autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar información de salud a oficiales federales requeridos para la inteligencia lícita, el contraespionaje y otras actividades nacionales de seguridad. Podemos revelar información de salud de presos o pacientes a las autoridades apropiadas bajo ciertas circunstancias.

### **El Recordatorio de la Cita**

Nosotros podemos utilizar o podemos revelar su información de la salud para proporcionarlo con recordatorios de cita vía teléfono, correo electrónico o carta.

### **Sus Derechos como Paciente**

-Usted tiene el derecho de restringir la revelación de su información protegida de la salud (por escrito). El pedido para la restricción se puede negar si la información se requiere para el tratamiento, las operaciones del pago o la asistencia médica..

-Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales con respecto a su información protegida de salud.

-Usted tiene el derecho de inspeccionar u obtener una copia de su informacion de salud-

-Usted tiene el derecho de enmendar su información protegida de salud.

-Usted tiene el derecho de recibir una cuenta de revelaciones de su información protegida de salud.

-Usted tiene el derecho a una copia de esta nota de practicas de privacidad.

### **Los Requisitos Legales**

El centro de la Optometrista de la Dr. Jana Chen y del Dr. James P. Cheung y Asociados son requeridos por la ley a mantener la privacidad de su información protegida. Somos requeridos a respetar los términos de esta nota como se indica actualmente, y reserva el derecho de cambiar esta nota. Estos requisitos legales no entraran en vigor hasta que esten posfechas, o sean disponibles en nuestras oficinas.

### **Las quejas**

Si usted tiene una queja con respecto a la manera que se manejo su información protegida de salud, usted puede someter una queja por escrito a nuestra oficina. De ninguna manera usted sera vengado por someter una queja.

### **Informacion de Contacto**

Para mas información sobre la nota de practica de privacidad de la Dr. Jana Chen y del Dr. James P. Cheung y Asociados, por favor de comunicarse con la Dr. Jana Chen y el Dr. James P. Cheung y Asociados a la siguiente direccion 4143 Riverside Dr #C , Chino, CA (909) 591-5438

Firma Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_