

WINSTON EYE CARE

101 Laguna Rd. Suite C Fullerton, CA 92835-3634 Phone: (714) 888-2080 Fax: (714) 888-2099

Autorización Para El Uso o Declaración de Información de Salud HIPAA

Mi firma situada al final de esta hoja, al igual que mi respuesta a los artículos abajo indicados, autorizan el uso y declaración de información concerniente a mi salud por el Doctor Winston, sus asociados y su equipo de soporte.

Mi respuesta a las siguientes estipulaciones especifican con un **SI** o un **NO** mis deseos con respecto a mi declaración de mi información médica para los propósitos indicados.

Si **No** Dr. Winston podrá informar a cualquiera que conteste mi número de teléfono de mi domicilio o trabajo indicado acerca de citas futuras, así como el intento de asegurarme una cita futura, reclamar resultados de exámenes o la llegada de materiales oftálmicos (anteojos, lentes de contacto, los cuales requieran de mi atención).

Si **No** Dr. Winston puede dejarme mensajes en mi contestadora al número de teléfono de mi domicilio y de mi trabajo para informarme de citas futuras, intentos de asegurar una cita en un futuro, resultados de exámenes o a la llegada de materiales oftálmicos, los cuales puedan requerir de mi atención.

Si **No** Dr. Winston podrá enviarme tarjetas postales a la dirección indicada para informarme de citas futuras, intentos de asegurar una cita futura o a la llegada de cualquier material oftálmico los cuales puedan requerir mi atención.

Si **No** Dr. Winston podrá permitir, cualquier persona que me acompañe a la cita, sentarse en la sala de consulta y escuchar detalles acerca de mi historial médico concerniente a mi visita.

Si **No** Dr. Winston podrá discutir mis problemas de salud con mis familiares cercanos u otras personas mencionadas enseguida: _____

Yo también entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables a todo momento por el Dr. Winston, sus asociados y su equipo de soporte para proteger la información médica dentro de las oficinas. Dr. Winston también ha solicitado que todos los socios de su negocio los cuales puedan recibir su información practiquen el mismo nivel de cautela. Un aviso con más información acerca de nuestras prácticas de privacidad se encuentra publicado en nuestra oficina para su revisión personal. Ud. puede solicitar una copia de dicho documento, el cual detalla los pasos que nuestra oficina está tomando para mantener su información personal confidencial.

Entiendo que por medidas de seguridad, yo tendre que proveer una prueba de identificacion el dia de mi cita.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento al enviar una carta a Jeffrey V. Winston, M.D. 12675 La Mirada Blvd. Ste. 301 La Mirada, CA 90638. Excepciones al revoque del permiso incluye su uso o declaración ya hecha basada en un permiso original y como una condición para mi cobertura de seguro médico.

Mi seguro médico tiene el derecho, por ley, de disputar un reclamo o póliza de seguro; lo cual requiere de mi información.

Si **No** Deseo recibir mas información atravez de mi correo electronico acerca de ofertas especiales y la revista mensual.
(Por favor escriba su email.)

Firma: _____

Fecha: _____