



Oficina de J. E. Gundersheimer .O.D.

600 E. Taylor St., Ste 210
Sherman, TX 75090
Teléfono: (903) 868-1135

Información para el paciente							
Nombre (Apellido, Nombre, MI) Nombre preferido						La fecha de hoy	
Dirección				Ciudad		Estado	Cremallera
Teléfono de la casa ()		Preferido ☐		Teléfono de trabajo ()		Preferido ☐	
SSN		Fecha de nacimiento	Género ☐ Hombre ☐ Mujer		Estado civil ☐ soltero ☐ casado ☐ divorciado ☐ viudo ☐ separado ☐ pareja ☐ otra		
Raza		Origen étnico		Idioma preferido		Dirección de correo electrónico	
¿Es el paciente la parte responsable/garante? ☐ Sí ☐ No (Si usted es mayor de 18 años y no está bajo el cuidado de una institución, usted es el garante, ya que es la persona financieramente responsable de cualquier cargo en el que pueda incurrir durante su visita).							
Parte financieramente responsable							
Nombre		Dirección		Ciudad/Estado/Código Postal		Relación con el paciente	
Ocupación		Empleador		Dirección de correo electrónico			Fecha de nacimiento
Teléfono de la casa ()		Preferido ☐		Teléfono de trabajo ()		Preferido ☐	
				Teléfono celular ()		Preferido ☐	
Contacto de emergencia							
Nombre				Relación con el paciente			
Teléfono de la casa ()		Preferido ☐		Teléfono de trabajo ()		Preferido ☐	
				Teléfono celular ()		Preferido ☐	
Información de referencia							
Nombre del médico remitente					Teléfono/Fax del médico (si se conoce) ()		
Dirección del médico							
Médico de Atención Primaria							
Nombre del médico de atención primaria (marque si es el mismo que el médico remitente anterior ☐)					Teléfono/Fax del médico (si se conoce) ()		
Dirección del médico							
Información del seguro							
Compañía de Seguros Primaria				Política #		Grupo #	
Relación del paciente con el asegurado ☐ Propio ☐ Esposo ☐ Niño ☐ Otro _____				Nombre del suscriptor (si no es el paciente)			
Seguridad Social del suscriptor #		Género ☐ Hombre ☐ Mujer		Fecha de nacimiento		Empleador del suscriptor	
						Teléfono de trabajo ()	
Compañía de Seguros Secundaria				Política #		Grupo #	
Relación del paciente con el asegurado ☐ Propio ☐ Esposo ☐ Niño ☐ Otro _____				Nombre del suscriptor (si no es el paciente)			
Seguridad Social del suscriptor #		Género ☐ Hombre ☐ Mujer		Fecha de nacimiento		Empleador del suscriptor	
						Teléfono de trabajo ()	
Al firmar a continuación, reconozco que la información que proporcioné es correcta en la medida de mis posibilidades.							
Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____							
Firma del garante (si no es el paciente): _____ Fecha: ____/____/____							

Dar la vuelta a la →
página

Información sobre el historial médico

Para un servicio más rápido, complete el siguiente formulario a su llegada a nuestra oficina.

Fecha de la cita: _____

Por favor, marque la casilla

El examen de hoy es para: ☐ Gafas ☐ Contactos ☐ Ambos

¿Llevas gafas? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántos años tiene su par de lentes actual? _____

¿Usas lentes de contacto? ☐ Suave ☐ Extendido Otros ☐

Presente Medicamentos

Lista de medicamentos recetados solamente

Height__" __ Weight_____ libras.

¿Alguna reacción alérgica a medicamentos u otras sustancias? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique _____.

¿Está embarazada o amamantando? Sí o no

Por favor, marque Sí o No

¿Usted fuma?

☐ Sí ☐ ¿No cuánto? _____

¿Bebe alcohol?

☐ Sí ☐ ¿No cuánto? _____

¿Consumes otras sustancias?

☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguno de los siguientes? En caso afirmativo, marque la casilla.

☐ Diabetes tipo _____

☐ Glaucoma Presión

☐ arterial alta

☐ Cataratas

☐ Desprendimiento de retina

☐ Degeneración macular

Antecedentes médicos familiares

¿Algún miembro de la familia tiene lo siguiente? En caso afirmativo, marque la casilla.

☐ Diabetes tipo _____

☐ Glaucoma Presión

☐ arterial alta

☐ Cataratas

☐ Desprendimiento de retina

☐ Degeneración macular

Información médica personal: ¿Cuál de las siguientes afecciones experimenta? Por favor, marque todo lo que corresponda.

☐ Diabetes Tipo _____

☐ Sistema nervioso

☐ Psiquiátrico

☐ Oído/Nariz/Garganta

☐ Cáncer

☐ Endocrinas (glándulas)

☐ Cardiovascular

☐ Musculoesquelético

☐ Sangre/Linfático

☐ Respiratorio

☐ Piel

☐ Problemas de los senos paranasales

☐ Cefaleas

☐ VIH/SIDA

☐ Hepatitis A, B o C

¿Has considerado la corrección de la visión con láser? ☐ Sí ☐ No

Por favor, firme a continuación que ha revisado toda la información anterior y que es correcta a su leal saber y entender.

Fecha de firma



Office of J. E. Gundersheimer, O.D.

Lista y explicación de tarifas de refracción y lentes de contacto

Refracción: Cargo actual \$85 (\$85 a pagar en el momento del servicio)

Gracias por elegir Eye-do Optical para sus necesidades de cuidado ocular. Necesitaremos realizar una prueba de la vista llamada "Refracción" para revisar su visión hoy. Esta es una parte esencial de las evaluaciones oftalmológicas. Nuestra tarifa de oficina por refracción es de \$85 (\$85 si se le factura a usted) y, a menos que su plan cubra automáticamente el cargo por refracción, esta tarifa se debe pagar en el momento del servicio, además de cualquier copago o deducible que requiera el plan.

La mayoría de las compañías de seguros, incluido Medicare, NO CUBREN la parte de refracción del examen de la vista.

Adaptación y evaluación de lentes de contacto (si corresponde)

Las lentes de contacto son una alternativa a las gafas, que a menudo proporcionan ventajas funcionales y cosméticas. Sin embargo, son dispositivos médicos que pueden causar problemas oculares si no se ajustan bien o se cuidan incorrectamente.

Las adaptaciones de lentes de contacto y las evaluaciones periódicas posteriores son servicios adicionales y no están incluidos en el costo de su examen de la vista. El seguro médico no cubre estos servicios relacionados con los lentes de contacto, pero algunos planes de visión sí pagan parte de las tarifas de contacto.

Las recetas de lentes de contacto son válidas por un año según la ley estatal. El pago es necesario en el momento en que se dispensan sus contactos.

Las tarifas anuales estándar actuales de adaptación de lentes de contacto son las siguientes:

Esférico/Asférico: \$115.00	Multifocal Suave: \$165.00	RGP Trifocal: \$210.00
Toric: \$125.00	Multifocal Tórica Blanda: \$210.00	Tinte estándar: \$125.00
Toric Personalizado: \$150.00	RGP esférico: \$160.00	Tinte personalizado: \$135.00
Monovisión: \$125.00	RGP Toric: \$175.00	
Monovisión modificada: \$140.00	RGP Bifocal: \$190.00	

Las tarifas anteriores incluyen instrucciones sobre el cuidado, la inserción y la extracción adecuados de sus lentes de contacto y el seguimiento durante un año calendario completo con las siguientes exclusiones: infecciones oculares o problemas relacionados con lentes no de contacto.

He leído la información anterior y entiendo que la refracción es un servicio no cubierto. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo de este servicio y entiendo que se debe pagar en el momento del servicio.

También entiendo que cualquier copago, coseguro o deducible puede haber sido separado y no incluido en la tarifa de refracción, y también se deben pagar en el momento del servicio.

Nombre del paciente

Fecha

Política de Cobro/Pago

Estamos comprometidos a brindar a nuestros pacientes la mejor atención médica y de la vista posible y a minimizar los costos administrativos. Esta Política Financiera se ha establecido con estos objetivos en mente, y para evitar cualquier malentendido o desacuerdo en relación con el pago de los servicios profesionales.

- En nuestra oficina participan compañías de seguros y programas de atención médica administrada. Para los pacientes que son miembros de estos planes, nuestra oficina comercial presentará un reclamo por los servicios prestados. Si se trata de un paciente como seguro en el que no participamos, nuestra oficina se complace en proporcionarle la documentación adecuada para que pueda presentar un reclamo; sin embargo, se espera el pago completo en el momento del servicio.
- Es responsabilidad del paciente pagar cualquier deducible, copago o cualquier parte de los cargos según lo especificado por el plan en el momento de la visita. Cualquier servicio que no esté cubierto por el plan de seguro de una persona es responsabilidad del paciente y el pago total se debe realizar en el momento de la visita.
- El pago de los servicios profesionales se puede realizar con efectivo, cheque, MasterCard, Visa, Discover o American Express.
- Se espera que los pacientes que no tienen seguro paguen por los servicios profesionales en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
- Entiendo que seré legalmente responsable de todos los costos de cobro relacionados con el cobro de esta cuenta, incluidos los costos judiciales, los honorarios razonables de abogados y todos los demás gastos incurridos con el cobro si incumplo con cualquier saldo impago.
- Es responsabilidad del paciente proporcionarnos la información actual del seguro y llevar su tarjeta de seguro a cada visita.
- Nuestro personal estará encantado de responder a las preguntas relacionadas con la forma en que se presentó una reclamación o con respecto a la información adicional solicitada a la compañía de seguros. Sin embargo, los problemas específicos de cobertura deberán ser abordados por el departamento de servicios para miembros de la compañía de seguros con el número en su tarjeta de seguro.

Responsable de Menores de Edad (menores de 18 años)

- Asignamos toda la responsabilidad financiera al padre/tutor que completa y firma el formulario de registro del paciente. Cualquier monto adeudado en el momento del servicio se espera del padre/tutor que acompaña al menor en la visita. En el caso de que un decreto de divorcio asigne una responsabilidad financiera distinta por las facturas médicas a otra persona, aún responsabilizamos al padre/tutor registrado.

Nuestra práctica cree firmemente que una buena relación médico/paciente se basa en la comprensión y la buena Comunicaciones. Las preguntas sobre los arreglos financieros deben dirigirse al consultorio del médico. Estamos aquí para ayudarte.

Por favor, firme y feche que ha leído y está de acuerdo con la Política Financiera de J. E. Gundersheimer, C.D.

Firma del paciente/responsable

Fecha

Dar la vuelta a la →
página

RECONOCIMIENTO: RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La ley requiere que J.E. Gundersheimer, O.D. Doctor en Optometría hace todo lo posible para informarle de sus derechos relacionados con su información de salud personal. Al firmar a continuación, reconozco que:

- ☐ He leído o me han explicado el Aviso de Práctica de Privacidad de J.E. Gundersheimer, O.D. Doctor en Optometría y acepto continuar mi atención con J.E. Gundersheimer, O.D. Doctor en Optometría en los términos mencionados.
- ☐ He leído o me han explicado a J. E. Gundersheimer, O.D. Aviso de Práctica de Privacidad del Doctor en Optometría y no deseo continuar mi atención con J.E. Gundersheimer, O.D. Doctor en Optometría en los términos mencionados.
- ☐ El Aviso de Prácticas de Privacidad no pudo ser leído debido a la naturaleza emergente del cuidado por otra razón descrita como: _____

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de [Practice] a partir del [Fecha].

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Soy padre o tutor legal de _____ (nombre del paciente). He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de [Práctica] en vigor a partir del [Fecha].

Nombre (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente: ☐ Padre ☐ Legal Guardián

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Consentimiento para la prueba de detección de bienestar digital

Como parte de nuestro compromiso de brindarle el cuidado oftalmológico más completo, nos complace anunciar un nuevo y emocionante servicio de detección que permite al Dr.

Gundersheimer para diagnosticar ciertas condiciones médicas (glaucoma, degeneración macular, retinopatía diabética, tumores de retina, agujeros, desgarros y desprendimientos, etc.) mucho antes que en un examen ocular completo estándar. Estas son condiciones que pueden desarrollarse sin previo aviso y potencialmente afectarlo o robarle su visión de forma permanente.

El Maestro 2 nos permite tomar una fotografía de alta definición más el equivalente a una "resonancia magnética" de la parte posterior del ojo. Esta exploración, una OCT, permite al Dr. Gundersheimer examinar las capas microcelulares de sus retinas. La prueba es fácil, rápida, no invasiva, libre de radiación y totalmente indolora.

El Dr. Gundersheimer recomienda encarecidamente la prueba en todos los pacientes en su examen inicial y, a partir de entonces, cada dos años, especialmente para cualquiera de los siguientes:

- Manchas, destellos o moscas volantes
- Antecedentes familiares de glaucoma macular
- Presión arterial alta
- Prescripción fuerte de anteojos
- Diabetes
- Antecedentes de traumatismo craneoencefálico u ocular
- Dolor ocular/Dolores de cabeza
- Antecedentes familiares de degeneración

El examen de detección no está cubierto por el seguro y cuesta solo **\$55**. En caso de que durante el resto de su examen ocular haya indicaciones que requieran un diagnóstico médico y/o pruebas más extensas, es probable que el seguro médico cubra esos gastos cuando se programe para una fecha posterior. La tarifa de selección opt-in se aplicará a los cargos de examen y se pagará al finalizar la compra.

☐ **SÍ** deseo participar en el **examen avanzado de la vista**

Maestro 2 para ayudar en la detección temprana de enfermedades oculares y entiendo que soy responsable de la tarifa anterior, ya que no está cubierta por mi seguro.

☐ **NO DESEO** participar en la proyección de imágenes de **Maestro 2** en este momento.

Nombre del impreso: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____



J. E. Gundersheimer, O.D.

600 E. Taylor St, Ste. 210

Sherman, Texas 75090

Teléfono: (903) 868-1135

Fax: (903) 891-0181

(Desde 1986, el Dr. Gundersheimer nunca ha tenido una política de ausencia, pero debido al aumento de los gastos relacionados con la oficina y a la disminución de los reembolsos de terceros, en línea con los colegas del área, ahora se convierte en una necesidad).

Política de Cargos por Cancelación/No Show:

En Eye-do Optical, entendemos que a veces es posible que necesite reprogramar citas: ocurren emergencias; la enfermedad sucede; La vida pasa. Cuando programemos su cita, comprenda que reservamos ese tiempo en nuestro horario diario para verlo a usted y a nadie más. Esta cortesía nos brinda la mejor oportunidad de servirle y brindarle el máximo cuidado de la vista. En caso de que necesite reprogramar su cita, le solicitamos que nos avisen con al menos 24 horas de anticipación para que intentemos llenar ese espacio de tiempo vacío.

Si no se presenta a su cita, se le cobrará una tarifa de \$ 50 por no presentarse a su cita 3 veces resultará en una política de solo "día de" su programación, no se permitirá programación anticipada.

Le agradecemos su confianza en nosotros aquí en Eye-do Optical.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Aviso de Prácticas de Privacidad

Jerome E. Gundersheimer, O. D. - Doctor en Optometría
600 E. Taylor St., Ste. 210 Sherman, TX 75090
(903) 868-1135 www.eye-do-texoma.com
Jerónimo E. Gundersheimer, O.D., Oficial de Privacidad

DE CONFORMIDAD CON LAS REGULACIONES FEDERALES DE LA REGLA DE PRIVACIDAD DE IDPAA, EL AVISO DE TIDS DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la privacidad de la información de salud que pueda identificarlo. Estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegeremos su información de salud y qué derechos tiene con respecto a ella.

TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:

Las razones más comunes por las que usaríamos o divulgaríamos su información de salud son para tratamiento, pago u operaciones comerciales. Rutinariamente usamos y divulgamos su información médica dentro del consultorio a diario. No necesitamos autorización específica para usar o divulgar su información médica en los siguientes asuntos, aunque usted tiene derecho a solicitar que no lo hagamos.

Ejemplos de cómo podríamos usar o divulgar información de salud para fines de tratamiento pueden incluir:

Programar o cambiar citas, incluyendo dejar mensajes con aquellos en su hogar u oficina que pueden contestar el teléfono o dejar mensajes en contestadores automáticos; correos de voz o correos electrónicos; gritar su nombre en un ambiente de sala de recepción; recetar anteojos, lentes de contacto o medicamentos, así como transmitir esta información a los proveedores por teléfono, fax u otros medios electrónicos, incluidas las recetas iniciales y las solicitudes de reabastecimientos de los proveedores; notificarle que sus productos oftálmicos están listos, incluyendo dejar mensajes a las personas de su casa u oficina que puedan contestar el teléfono, o dejar mensajes en contestadores automáticos, correos de voz, mensajes de texto o correos electrónicos; referirlo a otro médico para recibir atención no proporcionada por esta oficina; obtener copias de la información de salud de los médicos que ha visto antes que nosotros; Hablar sobre su atención con usted directamente o con familiares o amigos que usted haya inferido o acordado que pueden escuchar información sobre su salud, enviarle postales o cartas, o dejar mensajes a las personas en su hogar que pueden responder. el teléfono o en los contestadores automáticos; Mensajes de voz, mensajes de texto o correos electrónicos que le recuerden que es tiempo para recibir atención continua; Correos electrónicos sobre temas relacionados específicamente con el cuidado de los ojos.

Ejemplos de cómo podríamos usar o divulgar información de salud para fines de pago podrían incluir:

Preguntarle acerca de sus planes de seguro médico o de la vista u otras fuentes de pago; preparar y enviar facturas a su proveedor de seguros o a usted; proporcionar cualquier información requerida por terceros pagadores para asegurar el pago de los servicios prestados; Cobrar saldos impagos, ya sea nosotros mismos o a través de una agencia de cobranza, un abogado o la oficina del fiscal de distrito.

Ejemplos de cómo podríamos usar o divulgar información de salud para operaciones comerciales pueden incluir:

Auditorías financieras o de facturación; programas internos de aseguramiento de la calidad; participación en planes de atención administrada; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; ciertas funciones de investigación; informarle por correo, mensaje de texto o correo electrónico sobre promociones especiales de ahorros, nuevos productos o servicios ofrecidos por nuestra oficina; cumplimiento de las solicitudes de información de los gobiernos locales, estatales o federales; actividades de supervisión, como la concesión de licencias a nuestros médicos; Auditorías de Medicare o Medicaid.

USOS Y DIVULGACIONES POR OTROS MOTIVOS QUE NO NECESITAN PERMISO

En algunas otras situaciones limitadas, la ley nos permite usar o divulgar su información médica sin su permiso específico. La mayoría de estas situaciones nunca se aplicarán a usted, pero podrían:

- Cuando una ley estatal o federal exige que cierta información de salud se informe para un propósito específico.
- Por razones de salud pública, como informes de una enfermedad contagiosa, investigaciones o vigilancia, y avisos a y de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) con respecto a medicamentos o dispositivos médicos.
- Divulgaciones a las autoridades gubernamentales o judiciales sobre víctimas de sospecha de abuso, negligencia, violencia doméstica o cuando alguien es o se sospecha que es víctima de un delito.
- Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales o audiencias administrativas.
- Divulgaciones a un médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte o a los directores de funerarias para ayudar en el entierro
- Divulgaciones a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos.
- Usos o divulgaciones para investigaciones relacionadas con la salud.
- Usos o divulgaciones para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad de un individuo o individuos.
- Usos o divulgaciones para ayudar a fines militares, como exámenes físicos de reclutamiento o actividades legales de inteligencia nacional.
- Divulgación de información anónima.
- Divulgación de los resultados de los exámenes con fines relacionados con el empleo.
- Divulgaciones relacionadas con un reclamo de compensación laboral.
- Divulgaciones de un "conjunto limitado de datos" para investigación, salud pública u operaciones de atención médica.
- Divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de los usos y divulgaciones permitidos.
- Divulgación de la información necesaria para completar el formulario de un examen de la vista relacionado con la escuela, información al Departamento de Seguridad Pública, como una licencia de conducir, información relacionada con la certificación de licencias ocupacionales o recreativas, como una Licencia de piloto.
- Divulgaciones a socios comerciales que realizan operaciones de atención médica para Jerome E. Gundersheimer, O. D. - Doctor en

Optometría y que se comprometen a respetar la privacidad de su información.

- A menos que usted se oponga, la divulgación de información relevante a familiares o amigos que lo están ayudando con su atención o por su presencia permitida hace que asumamos que usted aprueba su exposición a información relevante sobre su salud.

USOS O DIVULGACIONES A LOS REPRESENTANTES DE LOS PACIENTES

Es la política de Jerome E. Gundersheimer, O. D. - Doctor en Optometría para que nuestro personal atienda llamadas telefónicas de personas en nombre de un paciente que soliciten información sobre cómo hacer o cambiar una cita; el estado de los anteojos, lentes de contacto u otros productos ópticos pedidos por o para el paciente. Jerome E. Gundersheimer, O. D. - El personal del Doctor en Optometría también ayudará a las personas en nombre del paciente en la entrega de anteojos, lentes de contacto u otros productos ópticos. Durante un contacto telefónico o en persona, se hará todo lo posible para limitar el encuentro solo a los detalles necesarios para completar la transacción requerida. No se puede divulgar ninguna información sobre la visión o el estado de salud del paciente sin el debido consentimiento del paciente. Jerónimo E. Gundersheimer, O. D. - El personal del Doctor en Optometría y los médicos también inferirán que si permite que otra persona en una sala de examen o tratamiento lo acompañe mientras se realizan las pruebas o se llevan a cabo conversaciones sobre

su visión o atención médica que consiente la presencia de esa persona.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme una Autorización *por escrito para la divulgación de información de salud de identificación*. El contenido de esta autorización está determinado por la ley federal. La solicitud de firma de una autorización puede ser iniciada por Jerome E. Gundersheimer, O. D. - Doctor en Optometría o por usted como paciente. Cumpliremos con su solicitud si es aplicable a las políticas federales con respecto a las autorizaciones. Si le pedimos que firme una autorización, puede negarse a hacerlo. Si no firma la autorización, no podemos usar ni divulgar la información que teníamos la intención de usar. Si decide firmar la autorización, puede revocarla en cualquier momento. Las solicitudes de revocación deben hacerse por escrito al Oficial de Privacidad nombrado al principio de este Aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información personal de salud:

Puede solicitarnos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones con fines de tratamiento (excepto en atención de emergencia), pago u operaciones comerciales. Esta solicitud debe hacerse por escrito al Oficial de Privacidad mencionado al comienzo de este Aviso. No tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si estamos de acuerdo, debemos cumplir con las restricciones que solicite.

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial. Por ejemplo, solo nos comunicamos con usted por teléfono en su casa o usamos una dirección de correo electrónico especial. Atenderemos estas solicitudes si son razonables y si usted acepta pagar cualquier costo adicional, si lo hubiera, incurrido para satisfacer su solicitud. Las solicitudes de comunicación especial deben hacerse al Oficial de Privacidad nombrado al principio de este Aviso.

Usted puede pedir que se revise u obtenga copias de su información de salud. Hay muy pocas situaciones limitadas en las que podemos negarle el acceso a su información de salud. En su mayor parte, nos complace brindarle la oportunidad de revisar u obtener una copia de su información médica. Todas las solicitudes de revisión o copia de información médica deben hacerse por escrito al Oficial de Privacidad nombrado al comienzo de este Aviso. Si bien generalmente respondemos a estas solicitudes en solo un día más o menos, por ley tenemos quince (5) días para responder a su solicitud. Podemos solicitar una extensión adicional de treinta (30) días en ciertas situaciones.

Puede pedirnos que modifiquemos o cambiemos su información de atención médica si cree que es incorrecta o está incompleta. Si estamos de acuerdo, haremos la enmienda a su expediente médico dentro de los treinta (30) días posteriores a su solicitud de cambio por escrito enviada al Oficial de Privacidad nombrado al comienzo de este Aviso. A continuación, le enviaremos la información corregida a usted o a cualquier otra persona que considere que necesita una copia de la información corregida. Si no estamos de acuerdo, se le notificará por escrito nuestra decisión. A continuación, puede escribir una declaración de su posición y la incluiremos en su expediente médico junto con cualquier declaración de refutación que deseemos incluir.

Puede solicitar una lista de cualquier divulgación no rutinaria de su información de salud que hayamos realizado en los últimos seis (6) años (o un período más corto si lo desea). Las divulgaciones de rutina incluirían aquellas utilizadas por su tratamiento, pago y operaciones comerciales de Jerome E. Gundersheimer, O. D.- Doctor en Optometría. Estas divulgaciones de rutina no se incluirán en su lista de divulgaciones. Tiene derecho a una lista de este tipo al año sin coste alguno. Si desea listas más frecuentes, debe pagarlas por adelantado a una tarifa de \$ 5.00 por lista. Por lo general, responderemos a su solicitud por escrito (dirigida al Oficial de Privacidad nombrado al comienzo de este Aviso) dentro de los treinta (30) días, pero se nos permite una extensión de treinta (30) días si necesitamos tiempo para completar su solicitud.

Puede obtener copias adicionales de este Aviso de Prácticas de Privacidad en nuestra oficina comercial o en línea en la dirección de nuestro sitio web que se muestra al principio de este Aviso.

CAMBIOS EN NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad hasta que decidamos cambiar el Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su información de salud existente, así como a cualquier información adicional que se genere en el futuro. Si cambiamos este Aviso, publicaremos un nuevo Aviso en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

QUEJAS

Si crees que alguien en Jerome E. Gundersheimer, O. D. - Doctor of Optometry no ha respetado la privacidad de su información de salud, usted es libre de presentar una queja ante el Oficial de Privacidad nombrado al comienzo de este Aviso. Estaremos encantados de tratar de resolver cualquier inquietud que pueda tener por escrito. Si no podemos resolver su inquietud a ese nivel, también puede presentar una queja ante la Fiscalía General de Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles o la Oficina del Procurador General de Texas. No tomaremos represalias contra usted si presenta dicha queja.