

## **HIPPA: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Esta es la poliza de NJ Eye and Ear, para manejo y privacidad de la informacion del paciente. Esto incluye la historia medica y conversaciones. Nosotros investigaremos cualquier reporte de mal manejo en esta poliza, y nos esforzaremos para proveer a nuestros pacientes un ambiente en el que se sientan seguros y respetados de su privacidad, y tambien haremos todo lo posible para que su experiencia con nosotros sea profesional en todos los aspectos.

NJ Eye and Ear, se compromete a su participacion en las decisiones para su cuidado medico. Como cliente o paciente usted tiene el derecho de preguntar y tener toda la informacion relacionada con el curso de su atencion medica, recomendada por cualquier (a) de nuestros proveedores de salud, incluyendo la suspencion del servicio.

Nosotros impulsamos a que usted siga las indicaciones para su cuidado de salud, que nuestros doctores le recomienden. No obstante si usted tiene cualquier duda o preocupacion por su prescripcion solamente pregunte. Al firmar a continuaci3n, otorga permiso de NJ Eye and Ear para ser agregado a nuestra lista de mejores ofertas y actualizaciones. . Entiendo que las tarifas est3ndar de mensajes de texto puede ser aplicado a cualquier mensaje recibido de NJ Eye and Ear. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento notificando a NJ Eye and Ear por escrito.

### **Derechos del Paciente:**

1. El paciente tiene el derecho de recibir informacion de los proveedores de seguros medicos, y discutir los beneficios, riesgos, costos y alternativas, para un tratamiento adecuado. Pacientes podrian recibir asesoramiento de sus proveedores de seguros en cuanto a la mejor forma de proceder. Los pacientes estan autorizados para obtener copias o reporte de su historia medica, para tener respuestas a sus preguntas y ser notificado de cualquier posible desacuerdo con los intereses que los proveedores de seguros podrian tener, y recibir opiniones profesionales independientemente.
2. El paciente tiene derecho a tomar decisiones en cuanto a las recomendaciones de cuidado medico por su proveedor de salud. Por consiguiente los pacientes pueden aceptar o rechazar cualquier recomendacion de tratamiento medico.
3. El paciente tiene el derecho a la gentileza, respeto y oportuna atencion a sus necesidades, independientemente de su raza, religion, origen, nacionalidad, genero, edad, orientacion sexual o incapacidad.
4. El paciente tiene derecho a la privacidad. El proveedor de salud no podra revelar informacion confidencial sin el consentimiento del paciente. Salvo disposicion por la ley o por necesidad de proteger el bienestar del individuo o del interes publico.
5. El paciente tiene el derecho a la continuidad del cuidado medico. El proveedor de salud tiene la obligacion de cooperar en la coordinacion del cuidado medicamente indicado por otros proveedores de salud en el tratamiemo del paciente. El proveedor de salud puede discontinuar la atencion suministrada, ellos daran al paciente apoyo razonable, orientacion y la suficiente oportunidad de hacer soluciones alternas.

**Responsabilidades del Paciente:**

1. La buena comunicacion es importante para un buen entendimiento entre el proveedor y el paciente. En la medida posible el paciente tiene la responsabilidad de ser sincero al expresar sus inquietudes claramente a sus proveedores de salud.
2. Los pacientes tienen la responsabilidad de proveer una completa historia medica en la medida de lo possible, incluyendo informacion de enfermedades pasadas y medicamentos, hospitalizaciones, historia de enfermedades familiares y otros asuntos relacionados con su salud actual.
3. Pacientes tienen la responsabilidad de requerir informacion o aclaracion acerca de su salud o tratamiento, cuando ellos no han comprendido completamente lo que le ha sido informado o explicado.
4. Una vez que el paciente y el proveedor de salud esten de comun acuerdo con los ojetivos de la terapia o tratamiento, los pacientes tienen la responsbilidad de cooperar. Cumpliendo con las instrucciones del proveedor de salud, es fundamental para la seguridad publica o individual. Pacientes tambien tienen la responsabilidad de divulgar de comun acuerdo si previamente han tenido tratamientos, y cuando le gustaria reconsiderar la continuacion del tratamiento.
5. Pacientes deben tambien tener presente, las consecuencias de su comportamiento con otros y abstenerse de una conducta poco razonable con la salud y riesgos de otros individuos en los sitios de salud.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para usar y divulgar información médica sobre mí, con el fin de utilizarse para el tratamiento, pago y operaciones de servicios de salud. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando se hayan hecho divulgaciones contando con mi consentimiento previo. La oficina de servicios medicos y oftalmologicos suministra esta forma para cumplir con Codigo de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad de 1996 (HIPPA).

**El paciente entiende que la proteccion de la informacion de salud puede ser divulgada o usada por tratamiento , pago y operaciones de salud. La oficina de servicios medicos y oftalmologicos tienen un *Aviso de las Practicas de Privacidad*, y que el paciente tiene la oportunidad de revisar. La oficina de servicios medicos se reserva el derecho de cambiar las polizas de la Notificacion de privacidad. El paciente tiene el derecho de limitar o restringir el uso de su informacion, pero la oficina medica no tiene que estar de acuerdo con las limitaciones o restricciones. El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas la futuras divulgaciones concluidas. La oficina de servicios medicos y oftalmologicos puede condicionar el tratamineto sobre la ejecucion del consentimiento.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Responsable del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de su farmacia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_