COLORADO RETINA

FORMULARIOS PARA PACIENTES NUEVOS

Fecha de hoy: _____

Paciente: Complete todas las secciones y páginas de los Formularios para pacientes nuevos. Lea atentamente las políticas y divulgaciones presentadas a continuación, y luego firme y feche donde se indique. Por favor, traiga estos formularios completados a su cita inicial, junto con una identificación con foto vigente, sus tarjetas de seguro médico y el copago del especialista.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO_____ NOMBRE_____ Inicial_____

Nombre preferido_____ Sexo: ☐ M ☐ F Edad _____

Fec. de Nac. (*mm/dd/aaaa*) _____/_____/_____ N.º de Seguro Social _____ - _____ - _____

Teléfono de casa _____ - _____ - _____ Teléfono celular _____ - _____ - _____

Correo electrónico _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Método de contacto preferido: Teléfono ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐

¿Podemos dejar un mensaje? Sí ☐ No ☐

Nombre del empleador _____ Ocupación _____

Estado civil: S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ Nombre del cónyuge *(si corresponde)*_____

Idioma preferido: Inglés ☐ Español ☐ Otro *(indicar)* _____

Raza *(marque una)*

☐ Indio americano/nativo de	☐ Nativo de Hawái/isleño del
☐ Asiático	☐ Blanco
☐ Negro/afroamericano	☐ Desconocido u otro

Origen étnico *(marque una)*

☐ Hispano o latino
☐ No hispano ni latino
☐ Desconocido u otro

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE DERIVA

Motivo de la visita _____

Oftalmólogo que deriva _____ Teléfono _____ - _____ - _____

Nombre/dirección de la clínica _____

Médico de atención primaria (PCP) _____ Teléfono _____ - _____ - _____

Nombre/dirección de la clínica _____

POLÍTICAS FINANCIERAS

Si bien su salud y bienestar son nuestra principal prioridad, somos conscientes de que el costo de la atención médica es una preocupación para muchos pacientes. Le ofrecemos la siguiente información para ayudarle a comprender nuestras políticas financieras y a planificar sus pagos. Lea atentamente la información y, si tiene alguna pregunta, consulte con nuestro personal. Las políticas financieras que se detallan a continuación son una condición para recibir atención en nuestra clínica.

Seguro

Por favor, traiga sus tarjetas de seguro médico cuando visite nuestra clínica, ya que necesitamos una copia para su expediente. Es su responsabilidad asegurarse de que tengamos su información de seguro actualizada en nuestros archivos con el fin de poder presentar una reclamación a su aseguradora y recibir el pago en su nombre. Colaboramos con las principales aseguradoras y la mayoría de los planes de seguro; sin embargo, es su responsabilidad confirmar con su aseguradora que Colorado Retina Associates participa en su plan. Puede hacerlo llamando al número de teléfono de atención al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de seguro vigente.

Medicare: Nuestros médicos participan en Medicare. Con gusto presentaremos cualquier reclamación a Medicare y Medigap una vez por usted. Si no tiene ninguna cobertura secundaria o complementaria, usted será responsable del 20% de lo que Medicare no cubra. Hay ciertas pruebas y/o procedimientos que Medicare no cubre, de los cuales se le notificará y usted será responsable del pago en el momento de la visita.

Medicaid: Nuestros médicos participan en Medicaid; nosotros presentaremos las reclamaciones por usted. Usted deberá pagar cualquier copago en el momento de su visita.

HMO y PPO: Si participamos en su plan, presentaremos las reclamaciones por usted. Usted será responsable de cualquier copago, deducible o servicio no cubierto en el momento de su visita. Si su plan requiere una derivación o autorización de su médico de atención primaria, usted será responsable de obtenerla antes de su visita. **Pago privado:** Usted será responsable del pago total el día de la prestación del servicio.

Copagos

El copago se debe pagar al registrarse en la recepción para su cita. Aceptamos efectivo, cheques, VISA, Mastercard, American Express y Discover. Podemos cobrar un recargo por servicio de $25.00 sobre los copagos que no se paguen en el momento del servicio. Los recargos por servicio no están cubiertos por el seguro, y usted será responsable de pagarlos en su totalidad.

Cheques devueltos

Todos los cheques devueltos están sujetos a un cargo de $30. Es importante que gestione los cheques devueltos con prontitud; de lo contrario, podríamos enviar su cuenta a una agencia de cobranza externa.

Ausencias sin previo aviso y cancelaciones de última hora

Le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de antelación si no puede asistir a su cita.

Medicamentos inyectables

Si el medicamento para su inyección se solicita a través de una farmacia especializada, usted deberá pagarlo a la farmacia antes de su cita; de lo contrario, esta se reprogramará.

COLORADO RETINA

Responsabilidad financiera

Si tiene seguro, usted es financieramente responsable del pago de su deducible, copago, coaseguro y cualquier monto que exceda lo que paga su aseguradora, excepto cuando esté exento por acuerdo contractual. Usted es responsable de cumplir con cualquier requisito que su aseguradora pueda tener con respecto a las derivaciones, y es su responsabilidad asegurarse de que tengamos una derivación válida en nuestros archivos si así lo requiere su plan.

Saldos de pacientes

Los pacientes reciben mensualmente sus estados de cuenta, y el pago debe hacerse al recibirlos. Si no recibimos su pago o una llamada telefónica suya para acordar un plan de pago, es posible que no se le permita programar citas futuras y que su cuenta sea enviada a una agencia de cobranza externa. Cualquier tarifa cobrada por la agencia de cobranza externa se agregará a su saldo adeudado. En el desafortunado caso de que debamos recurrir a asistencia legal para obtener el pago por los servicios brindados, los honorarios legales correspondientes se agregarán a su saldo adeudado.

Dificultades financieras

Ofrecemos varias opciones de pago, incluyendo planes de pago y descuentos. La atención médica puede tener un descuento de hasta el 100% en determinadas circunstancias. Para optar a la atención médica con descuento, es necesario presentar una solicitud, un comprobante de ingresos y copias de las declaraciones de impuestos y de los extractos bancarios. Puede pedir una solicitud llamando a nuestro Departamento de Facturación al (303) 261-1592.

Cesión de beneficios

Por el presente, usted autoriza el pago de los beneficios de su seguro médico (y, si corresponde, sus beneficios gubernamentales) directamente a Colorado Retina Associates por los servicios de atención médica que le hemos brindado.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN PARA EL SEGURO

En los casos en que se presenten reclamaciones de seguro, se debe completar el siguiente formulario. Para poder presentar una reclamación en su nombre y solicitar el pago de beneficios de su seguro, ya sea a usted o a la parte que acepte la cesión de beneficios, usted, el paciente, entiende que es financieramente responsable de las facturas presentadas y de cualquier saldo no pagado por el seguro. Una copia de esta firma tiene la misma validez que el original.

RECONOCIMIENTO:

HE LEÍDO LA POLÍTICA FINANCIERA PRESENTADA ARRIBA Y/O ME HA SIDO EXPLICADA COMPLETAMENTE Y ENTIENDO SU CONTENIDO.

Nombre del paciente en letra de imprenta:_____ Fecha:_____

Firma:_____

Si es un representante legal, proporcione la relación con el paciente:_____

COLORADO RETINA

APÉNDICE A
AVISO SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE LOS PACIENTES

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO ATENTAMENTE.

I. **PROPÓSITO DE ESTE AVISO** Nuestra clínica está comprometida a mantener la privacidad de su información protegida de salud (PHI). Al llevar a cabo nuestras actividades, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud que le identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra clínica con respecto a su PHI. De conformidad con la ley federal y estatal, debemos seguir los términos de este Aviso de derechos de privacidad del paciente ("Aviso") actualmente en uso por la clínica.

Somos conscientes de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:
- Cómo podemos usar y divulgar su PHI;
- Sus derechos de privacidad para su PHI; y
- Nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su PHI.

Los términos de este Aviso se aplican a todos los registros que contienen su PHI creados o conservados por nuestra clínica. Nos reservamos el derecho de actualizar o enmendar este Aviso de prácticas de privacidad. Cualquier actualización o enmienda de este Aviso se aplicará a todos sus registros que nuestra clínica haya creado o mantenido en el pasado, así como a cualquier registro que podamos crear o mantener en el futuro. Nuestra clínica siempre publicará una copia de nuestro Aviso actual en nuestras oficinas en un lugar visible, y usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso más actualizado en cualquier momento. Nuestra clínica siempre seguirá el Aviso que esté vigente en el momento en que se tome cualquier acción relacionada con la PHI.

Esta clínica no vende, alquila ni cede sus listas de clientes ni los datos de telefonía celular a terceros con fines de marketing.

II. **Si tiene alguna pregunta sobre el Aviso, póngase en contacto con:** departamentos de Registros Médicos o Cumplimiento.

III. **DIFERENTES MANERAS QUE LA CLÍNICA PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:**

A. **Tratamiento.** Nuestra clínica puede usar su PHI para brindarle tratamiento. Por ejemplo, podríamos usar su PHI para escribirle una receta médica, o podríamos divulgar su PHI a una farmacia cuando pedimos una receta por usted. Muchas de las personas que trabajan en nuestra clínica —incluidos, entre otros, nuestros médicos, enfermeros y

técnicos— pueden usar o divulgar su PHI para brindarle tratamiento o para ayudar a otras personas en su tratamiento. Además, con su autorización, podemos divulgar su PHI a otras personas que podrían ayudarle en su atención, como su cónyuge, hijos o padres, denominados colectivamente su "Lista de amigos y familiares", tal como usted lo documentó en su formulario de "Autorización del paciente para el uso y la divulgación de PHI". Para indicarnos con quién desea que compartamos su información, complete este aviso. Por último, también podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento.

B. **Pago.** Nuestra clínica puede usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de los servicios y artículos que usted pueda recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos ponernos en contacto con su aseguradora médica para certificar que usted es elegible para beneficios (y para qué rango de beneficios), y podemos proporcionarle a su aseguradora detalles sobre su tratamiento con el fin de determinar si lo cubrirá o lo pagará. También podemos usar y divulgar su PHI para obtener el pago de terceros que puedan ser responsables de los costos de dichos servicios, por ejemplo, familiares. Además, podemos utilizar su PHI para facturarle directamente a usted por los servicios y artículos. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores y entidades de atención médica para ayudarles en sus gestiones de facturación y cobro. Usted tiene derecho a solicitar que nuestra clínica no presente una reclamación a su aseguradora para el pago debido a preocupaciones de privacidad. Sin embargo, usted acepta pagar la totalidad de los servicios dentro del plazo especificado por nuestra clínica. De no hacerlo, se considerará una renuncia a este derecho (consulte "Solicitud de restricciones" más adelante).

C. **Actividades de atención médica.** Nuestra clínica puede usar y divulgar su PHI para nuestras actividades habituales. Como ejemplos de la forma en que podemos usar y divulgar su información para nuestras actividades, nuestra clínica puede usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibe de nosotros, o para llevar a cabo actividades de gestión de costos y planificación comercial. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores y entidades de atención de salud que participan en su atención médica con el fin de ayudarles en sus actividades de atención de salud.

D. **Divulgación a usted.** Nuestra clínica puede divulgar su información médica a usted o a un tercero a quien usted nos solicite por escrito que divulguemos su información médica.

E. **Divulgación de información a familiares y amigos**. Con su autorización, nuestra clínica puede divulgar su PHI a un amigo o familiar que participe en su atención o que ayuda a cuidarle. Por lo general, requerimos autorización por escrito para compartir su PHI con amigos y familiares.

F. **Información que debe divulgarse por ley.** Nuestra clínica utilizará y divulgará su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

G. **Información divulgada a socios comerciales.** Nuestra clínica puede contratar o acordar de otra manera con otras entidades la realización de servicios. El sistema puede entonces divulgar su información médica a estos "socios comerciales", quienes utilizarán o divulgarán su información médica solamente en la medida en

que la clínica pueda hacerlo. Estos socios comerciales también están obligados a cumplir con la ley federal que regula la privacidad de su información médica.

H. **Conjunto de datos limitado.** La clínica puede utilizar o divulgar su información médica con fines de atención de salud, investigación o salud pública, siempre y cuando de la información se eliminen los identificadores directos y el destinatario acepte mantener la confidencialidad de la información.

IV. USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS:

A. **Actividades de supervisión de salud.** Nuestra clínica puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, concesión de licencias y medidas disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno supervise los programas gubernamentales, el cumplimiento con las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica en general.

B. **Demandas y procedimientos similares.** Nuestra clínica puede usar y divulgar su información médica a personas autorizadas por ley para recibir la información en virtud de una orden judicial, citación, solicitud de información, orden de registro, requerimiento o proceso similar. Las solicitudes de su información médica que realice un abogado en un litigio civil deben ir acompañadas de la autorización firmada por usted.

C. **Autoridades policiales.** Podemos divulgar su PHI si lo solicita un funcionario policial porque necesita la información para investigar un delito o para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona desaparecida.

D. **Amenazas graves para la salud o seguridad.** Nuestra clínica puede usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, solo divulgaremos la información a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

E. **Fuerzas armadas.** Nuestra clínica puede divulgar su PHI si usted es miembro de las fuerzas armadas de EE. UU. o de otros países (incluidos los exmilitares) y si así lo exigen las autoridades competentes.

F. **Seguridad nacional.** Nuestra clínica puede divulgar su PHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para proteger al Presidente, a otros funcionarios o a jefes de Estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones.

G. **Reclusos.** Nuestra clínica puede divulgar su PHI a instituciones penitenciarias o funcionarios policiales si usted es un recluso o se encuentra bajo la custodia de un funcionario policial. La divulgación para estos fines sería necesaria: (1) para que la institución le preste servicios de atención médica; (2) para la seguridad de la institución; y/o (3) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

H. **Compensación al trabajador.** Nuestra clínica puede divulgar su información médica para cumplir con las leyes de compensación al trabajador o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

I. **Agencias gubernamentales.** Nuestra clínica puede divulgar su información médica a agencias autorizadas para recibir reportes de abuso si usted es víctima de abuso, descuido o violencia doméstica.

J. **Médicos forenses/directores funerarios.** Nuestra clínica puede divulgar PHI después de su fallecimiento para identificarle, determinar la causa de su muerte o según lo autorice la ley.

K. **Servicios de salud y humanos.** Nuestra clínica divulgará su PHI a la agencia federal que investiga el cumplimiento con la ley federal de privacidad.

L. **REGISTROS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (42 CFR PARTE 2)** Uso y divulgación:

Podemos usar y divulgar sus registros de trastornos por consumo de sustancia sujetos a la 42 CFR Parte 2 para el tratamiento, pago y actividades de atención médica, según lo permita la ley.

a. Prohibición de uso en procedimientos legales: Tenemos prohibido usar o divulgar sus registros de trastornos por consumo de sustancias sujetos a la 42 CFR Parte 2 en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra sin su consentimiento específico por escrito o una orden judicial.

V. SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA:

1. **Derecho a la comunicación confidencial.** Usted tiene derecho a solicitar que nuestra clínica se comunique con usted sobre su salud y asuntos relacionados de una manera específica o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted en su domicilio, en lugar de su lugar de trabajo. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe indicar por escrito en el (ANEXO E) especificando el método de contacto solicitado y/o el lugar donde desea ser contactado. Nuestra clínica aceptará las solicitudes razonables. No es necesario que proporcione una razón de su solicitud.

2. **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o la divulgación de su información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la divulgación de su PHI solo a ciertas personas involucradas en su atención o en el pago de su atención, como familiares y amigos. No estamos obligados a aceptar su solicitud; sin embargo, si la aceptamos, estamos sujetos a nuestro acuerdo, salvo que la ley exija lo contrario, en casos de emergencia o cuando la información sea necesaria para brindarle tratamiento. Para solicitar una restricción sobre nuestro uso o divulgación de su PHI, debe hacer su solicitud por escrito a (APÉNDICE K). Su solicitud debe describirse de forma clara y concisa:

    1. La información que desea que se restringa.

2. Si está solicitando limitar el uso o la divulgación —o ambas cosas— por parte de nuestra clínica; y
3. A quién desea que se apliquen los límites.

3. **Derecho a inspeccionar y copiar**. En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su información médica en posesión de la clínica o mantenida en su nombre. Debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad. Si la clínica deniega su solicitud, usted puede tener derecho a que un profesional de salud con licencia (seleccionado por la clínica) revise la denegación. Si la clínica (o un profesional de salud con licencia que realiza la revisión en nombre de esta) aprueba su solicitud, la clínica le proporcionará el acceso solicitado. Usted puede solicitar copias de dicha información; sin embargo, nuestra clínica puede cobrarle una tarifa razonable.

4. **Derecho a enmendar.** Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta, y puede solicitar una enmienda mientras nuestra clínica conserve dicha información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentarse al oficial de privacidad. Debe proporcionarnos una razón que justifique su solicitud de enmienda. Nuestra clínica denegará su solicitud si no la presenta por escrito (junto con el motivo que la justifica). Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que, en nuestra opinión, (1) es precisa y correcta; (2) no forma parte de la PHI mantenida por la clínica o en su nombre; (3) no forma parte de la PHI que usted tendría permitido inspeccionar; o (4) no fue creada por nuestra clínica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para enmendarla.

5. **Derecho a un recuento de las divulgaciones.** (APÉNDICE F) Usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información médica realizadas por la clínica. Para obtener un recuento de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al oficial de privacidad. Todas las solicitudes de un “recuento de divulgaciones” deben indicar un plazo, que no puede ser mayor de seis (6) años a partir de la fecha de divulgación. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuita, pero nuestra clínica puede cobrarle por recuentos adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestra clínica le notificará sobre otros costos relacionados con solicitudes adicionales, y usted podrá retirar su solicitud antes de incurrir en cualquier costo. La clínica no tiene la obligación de listar las siguientes divulgaciones:

    1. Hechas por tratamiento, pago o actividades de atención médica;
    2. De un conjunto limitado de datos para actividades de atención médica, investigación o actividades de salud pública;
    3. Hechas a usted y a las personas involucradas en su atención médica;
    4. Hechas a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional;
    5. Ocurridas incidentalmente con otros usos y divulgaciones permitidos; y
    6. Hechas bajo su autorización por escrito.

6. **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Puede solicitarnos una copia

de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, comuníquese con los departamentos de Registros Médicos, Recepción o Cumplimiento.

7. **Derecho a presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad se han infringido, puede presentar una queja ante el oficial de privacidad de nuestra clínica o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos del gobierno federal. Para presentar una queja ante nuestra clínica, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le penalizará por presentar una queja.

8. **Derecho a otorgar una autorización para otros usos y divulgaciones.** Nuestra clínica obtendrá su autorización por escrito para los usos y divulgaciones no identificados en este Aviso o no permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y la divulgación de su PHI puede revocarse en cualquier momento por escrito. Una vez que revoque su autorización, dejaremos de usar o divulgar su PHI por los motivos descritos en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar registros de su atención. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras políticas de privacidad de información de salud, comuníquese con nuestro oficial de privacidad.

VI. AVISOS DE FILTRACIONES DE INFORMACIÓN

En nuestra clínica hacemos todo lo posible por proteger su información médica, incluyendo el uso de cifrado siempre que sea posible. Si cualquier parte de su información médica que no haya sido cifrada es objeto de una filtración, nuestra clínica le notificará por escrito o por vía electrónica sobre dicha filtración, tal como lo exige la ley federal.

Michelle Wagner, Privacy Officer
Colorado Retina
255 S. Routt St, Ste 200
Lakewood, CO 80228

Para obtener más información, visite:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticehtml

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____

COLORADO RETINA

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente o tutor legal (en letra de imprenta) _____

Autorizo a Colorado Retina Associates a divulgar/discutir/programar información de salud personal y/o información financiera para (nombre del paciente) a mis siguientes familiares y/o contactos privilegiados:

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia 1

Nombre_____ Teléfono (_____) _____-_____

Relación con la paciente_____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí ☐ No ☐

Contacto de emergencia 2

Nombre_____ Teléfono (_____) _____-_____

Relación con la paciente_____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí ☐ No ☐

Contacto de emergencia 3

Nombre_____ Teléfono (_____) _____-_____

Relación con la paciente_____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí ☐ No ☐

Confirmación: Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que notifique por escrito mi intención de rescindirla a Colorado Retina Associates.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Fecha de hoy: _____

X_____ FIRMA del garante/responsable (titular en el seguro)

Si es el representante legal, indique su relación con el paciente: _____

COLORADO RETINA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

En Colorado Retina Associates, nos esforzamos por brindarle una atención excelente y una comunicación oportuna. Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para recibir mensajes de Colorado Retina sobre sus citas programadas y no programadas a través de los siguientes métodos:

- Correo electrónico
- SMS (mensajes de texto)
- Llamadas telefónicas

Detalles del consentimiento:

- Al proporcionar su información de contacto, usted acepta recibir comunicaciones de Colorado Retina relacionadas con recordatorios de citas, actualizaciones de programación y otras notificaciones relevantes.
- **Mensajes SMS:** Es posible que reciba mensajes de texto con recordatorios y actualizaciones de citas. La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajes y datos.
- **Opción de exclusión voluntaria:** Puede responder con la palabra **STOP** en cualquier momento para no recibir más mensajes de texto de Colorado Retina. Para obtener ayuda adicional, puede responder con la palabra **HELP** o bien, póngase en contacto directamente con nuestra oficina al 303-261-1600.
- **Política de privacidad:** Para obtener más información sobre cómo protegemos su información, consulte nuestra política de privacidad disponible en nuestro sitio web en https://www.retinacolorado.com/

Acuse de recibo del paciente:

Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos, y que puedo excluirme de los mensajes de texto en cualquier momento respondiendo con la palabra **STOP**. Asimismo, reconozco que he sido informado sobre la política de privacidad de Colorado Retina.

Acepto recibir comunicaciones por SMS, correo electrónico o llamada telefónica de Colorado Retina al proporcionar mi información de contacto y firmar a continuación:

Nombre del paciente en letra de imprenta:

Número de teléfono celular (si es diferente de la página de datos demográficos):

X_____ FIRMA del garante/parte responsable

Si es el representante legal, indique su relación con el paciente:

Código de conducta del paciente

Con el fin de proporcionar un entorno seguro y saludable para los pacientes, sus familias, los visitantes y el personal, Colorado Retina Associates espera que los visitantes, los pacientes y los familiares acompañantes se abstengan de comportamientos disruptivos o que representen una amenaza para los derechos o la seguridad de otros pacientes y del personal. Las siguientes conductas están prohibidas:

- Posesión de armas de fuego o cualquier arma
- Comportamientos irrespetuosos en persona o a través de comunicación escrita, verbal o electrónica, incluyendo, entre otros, los siguientes: malas palabras, acoso, declaraciones o gestos ofensivos o intimidatorios, amenazas de violencia
- Agresión física o causar lesiones corporales
- Hacer amenazas verbales de dañar a otra persona o destruir propiedad
- Insultos raciales o culturales u otros comentarios despectivos relacionados con —entre otros— la raza, el idioma o la sexualidad

Si usted es víctima de alguno de estos comportamientos o presencia alguna conducta inapropiada, por favor, infórmelo a cualquier miembro del personal. Los infractores están sujetos a la expulsión del centro y/o baja de la clínica. Se espera que los adultos supervisen a los niños a su cargo.

Reconocimiento

He leído el código de conducta del paciente presentado arriba y/o me ha sido explicado en su totalidad y comprendo su contenido.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

Si es el representante legal, indique su relación con el paciente:_____