



Sello del paciente

## Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento

La ley federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su autorización (consentimiento de acuerdo a HIPAA) para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra organización.

Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el "Aviso Sobre Prácticas de Privacidad" y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso y su autorización para usar y divulgar su información de salud para efectos de tratamiento, pago y otras operaciones de salud. También autoriza a que la organización, su fuerza trabajadora (que incluye a los empleados, personal voluntario, etc.) y sus asociados de negocio, utilicen y divulguen su información de salud protegida para tratamiento, pago, transacciones y operaciones de salud.

Al firmarlo usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras Prácticas de Privacidad y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en el Aviso. Reviselo detenidamente, fírmelo y anote la fecha donde se indica.

Por último, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso en cualquier momento. De usted interesar la última versión del Aviso, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a el teléfono (787) 522-2825.

Yo \_\_\_\_\_, certifico que he leído las disposiciones del "Aviso Sobre Prácticas de Privacidad", lo entiendo, y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo y además consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago y otras transacciones y operaciones para el cuidado de mi salud según definidos en ley.

Nombre del Paciente (en letra de molde)
Firma o Marca del Paciente
Nombre del Representante Autorizado (si aplica)
Relación con el Paciente

Número de Récord
Fecha
Firma del Representante (si aplica)
Fecha

### Para Uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad y Consentimiento, no fue posible debido a:

- Paciente se negó a firmar el Acuse
- Barrera de comunicación
- Otro (especifique)

--

Nombre del Empleado (en letra de molde)

Firma del Empleado

Fecha

## Certificación de Planes Médicos

Por la presente certifico que yo, \_\_\_\_\_

1. Solamente poseo el (los) plane(s) médico(s) cuya copia de las tarjetas aparece en la cara posterior a este documento.
2. En caso de omitir o dar información incorrecta que obligue a mi plan médico a rechazar el pago de los servicios prestados, autorizo a que estos me sean facturados.
3. En el caso de que el cirujano me practique otro procedimiento diferente no autorizado por el plan médico, también me hago responsable de pagar estos.
4. En el caso de que el cirujano no cumpla con los requisitos exigidos por el programa de Medicare y usted desea que su cirujano proceda con la operación programada usted se compromete a pagar los servicios como paciente privado y sin derecho a reembolso.

Si existiera cualquier otra razón por la cual el (los) plan(es) médico(s) deniege(n) el pago, me hago responsable de la deuda en su totalidad. Me comprometo a pagar a la mayor brevedad cualquier balance pendiente. Una fotocopia de este documento será considerado válido como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Oficial Admisión

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora



Sello del paciente

## Formulario para la divulgación del expediente médico

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo la divulgación de mi expediente médico a \_\_\_\_\_.

Este relevo permite a \_\_\_\_\_ recibir una copia, examinar y fotocopiar, y de cualquier otra manera reproducir el expediente # \_\_\_\_\_.

Los registros que usted está autorizado a divulgar incluyen los siguientes marcados a continuación:

- Registros de reclamaciones del seguro de salud o de cobertura de salud
- Formularios y resúmenes de reclamación
- Explicación de beneficios
- Cobertura o cartas de denegación
- Todas las partes del expediente médico, incluyendo los registros de hospitalización y de la oficina del médico

Además, autorizo y solicito que usted acepte una copia de esta autorización en sustitución de la original.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha / Hora



# Notificación y Aceptación del Paciente

## Aviso de Prácticas de Privacidad

**Vista Ophthalmic Ambulatory Center (VOAC)** ha provisto notificación escrita, de manera legible y en el idioma requerido, asegurando la comprensión de la política de práctica de privacidad al paciente y a su acompañante.

## Aviso de los Derechos del Paciente

**Vista Ophthalmic Ambulatory Center** ha establecido una Carta de Derechos del Paciente, se le ha explicado verbalmente y se le ha provisto de manera escrita, legible y en el idioma requerido, asegurando su comprensión por el paciente o su acompañante previo a la fecha de su procedimiento. **VOAC** espera que el respeto de estos derechos contribuya a un cuidado más efectivo del paciente y a una mayor satisfacción por parte del paciente, médicos y la facilidad.

## Aviso sobre Interés Propietario/Financiero de Médicos

**VOAC** es una corporación privada y registrada en el Departamento de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, para proveer servicios de cirugía ambulatoria Oftálmicos. **VOAC** le ha informado al paciente previo a su fecha de procedimiento que sus médicos podrían tener interés propietario/financiero en esta facilidad. Una lista con el nombre de estos médicos le ha sido provista. Usted como paciente, tiene el derecho de escoger la facilidad de su preferencia para la realización de su procedimiento.

## Directrices Anticipadas de Pacientes

Se reconoce y respeta el derecho y la necesidad del paciente de participar de manera activa en la toma de decisiones con relación a su atención médica. Ya que el alcance del cuidado en esta instalación se limita a procedimientos quirúrgicos ambulatorios electivos, cualquier situación que ponga en peligro la vida será tratada inmediatamente con medidas para mantenerlo con vida. Simultáneamente, se activará el sistema médico de emergencia (SME) para el transporte de emergencia a un hospital. La aceptación de esta política no revoca ni invalida cualquier directriz vigente anticipada del paciente o poder legal otorgado ni suscrito legalmente por un abogado para el tratamiento y cuidado de salud.

Favor de marcar el cuadro apropiado: Ha usted ejecutado directrices anticipadas en relación al cuidado y tratamiento médico para su salud, un testamento en vida o un poder legal que autorice a otra persona a tomar decisiones por usted sobre su salud?

- Sí, tengo directrices anticipadas, testamento en vida y/u otorgación de poder a tercera persona, mediante documento legal por abogado en lo referente a mi cuidado y tratamiento para decisiones relacionadas a mi salud.
- No, tengo directrices anticipadas, testamento en vida, ni otorgación de poder a tercera persona, mediante documento legal por abogado en lo referente a mi cuidado y tratamiento para decisiones relacionadas a mi salud.
- Quisiera información adicional sobre directrices anticipadas en el cuidado de salud.

Me fue entregado también el Cuestionario de Satisfacción de Paciente y Material sobre Manejo del Dolor.

Al firmar este documento, certifico que toda la información antes descrita me fue brindada previo a la fecha de mi procedimiento y por lo tanto hago constar que he leído y entiendo la información relacionada a las prácticas de privacidad, derechos del paciente, certificación financiera y directrices anticipadas. Por este medio acepto las políticas de **VOAC**. También certifico que si solicite más información, la misma me fue brindada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora

# Servicios de Anestesia

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS E INSTRUCCIÓN PARA PAGO DIRECTO** *a anesthesiólogos privados, grupos y compañías de seguro.*

*Por la presente autorizo a mi compañía de seguro a pagar mediante cheque dirigido a:*

*RCP Anesthesia, PSC  
PO Box 366257  
San Juan, Puerto Rico 00936-6257*

*Los servicios profesionales y costos médicos cubiertos bajo mi póliza de seguro deberán ser pagados directamente al proveedor del servicio. De otra manera, me comprometo a pagar a la mayor brevedad cualquier balance pendiente o denegado por plan médico por los servicios profesionales recibidos por este servidor.*

*Una fotocopia de esta asignación será considerada efectiva y válida como el original.*

*Autorizo el uso de cualquier información que sea necesaria y pertinente a los servicios prestados a cualquier compañía de seguro, agente de seguro o abogados relacionados en este caso.*

---

Nombre Asegurado Principal

---

Nombre Paciente (letra de molde)

---

Firma Paciente o Encargado

---

Testigo

---

Fecha / Hora