



School Vision Center



Enrollment Packet / Paquete de Registración

PLEASE COMPLETE AND SIGN ALL PAGES / FAVOR DE COMPLETAR Y FIRMAR TODAS LAS PÁGINAS

Patient's Name / Nombre del paciente: _____

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____ **Sex / Sexo:** M ___ F ___

Patient's Last 4 digits of Social Security # / Los últimos 4 # del seguro social del paciente: _____

Primary Insurance Carrier / Proveedor de seguro principal: _____

Primary Insurance ID# / Número de identificación de seguro principal: _____

VISION SERVICES / SERVICIOS DE LA VISTA:

_____**YES / SÍ**, I consent for the patient to receive VISION SERVICES provided by ACE Eyecare at the Delano Union Elementary School District Vision Center, which may include comprehensive eye examinations including dilation and the fitting and dispensing of vision corrective wear (glasses). / *Yo autorizo que el paciente reciba SERVICIOS DE LA VISTA proporcionados por ACE Eyecare en el Centro Para La Vista del Distrito Escolar de Delano, cuales pueden incluir un examen integral de la vista inclusive dilatación, terapia de la vista, y el ajuste y dispensa de corrección de la vista (lentes).*

_____**NO**, I do not wish for the patient to receive VISION SERVICES at the vision center. / *Yo no deseo que el paciente reciba SERVICIOS DE LA VISTA en el Centro Para La Vista.*

TRANSPORTATION / TRANSPORTACIÓN:

_____**YES / SÍ**, I consent for the patient to be TRANSPORTED/ACCOMPANIED to and from the vision center by a school designee. I, the above-named patient or the parent or guardian of the above-named patient, release Delano Union Elementary School District and ACE Eyecare, its Board Members, employees, affiliates, and authorized agents and representatives from any and all liability related to personal injury or damage resulting from the transportation to and from the vision center. / *Yo autorizo que el paciente sea TRANSPORTADO/ACOMPAÑADO a y del Centro Para La Vista por una persona de la escuela designada. Yo, el paciente o madre/padre/tutor del paciente, exonero al Distrito Escolar de Delano y ACE Eyecare, los miembros de su mesa directiva, empleados, y agentes autorizados y representantes de cualquier y toda responsabilidad relacionada a lesión o daño personal resultando del transporte a y del Centro Para La Vista.*

_____**NO**, I do not wish for the patient to be transported. I will provide my own transportation. / *Yo no deseo que el paciente sea transportado. Proporcionaré mi propio medio de transporte.*

By signing this consent, I agree to the terms and conditions regarding the payment for services by the insurance carrier, if applicable, and SHARING OF HEALTH INFORMATION as explained in the accompanying Program Description form. I understand that there will be **no cost to me for services provided** to the patient. I have also received and agree with the **Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information** as explained in the **Program Description** enclosed. I have received the **School Vision Center Notice of Privacy Practices and ACE Eyecare Notice of Privacy Practices**, which are attached separately. / *Al firmar este consentimiento, yo estoy de acuerdo con estos términos y condiciones referente al pago por los servicios por el seguro, si aplica, y COMPARTIR LA INFORMACIÓN DE SALUD como se explicó en el formulario acompañante de la Descripción del Programa. Yo comprendo que **no habrá cobro para mí de los servicios proporcionados**. También he recibido y estoy de acuerdo con el **Consentimiento del Paciente para el Uso y Revelación de Información de Salud Protegida** según está explicado en el formulario de la Descripción del Programa. He recibido el **Aviso de Practicas de Privacidad del Centro de la Vista y el Aviso de Practicas de Privacidad de ACE Eyecare**, cual esta adjunto por separado.*

Patient/Parent/Guardian Signature
Firma del Paciente/Padre/Tutor

Date / Fecha

Patient/Parent/Guardian's Name
Nombre del Paciente/Padre/Tutor



Patient Information / Información del Paciente

PLEASE COMPLETE AND SIGN ALL PAGES / FAVOR DE COMPLETAR Y FIRMAR TODAS LAS PÁGINAS

Patient Name / Nombre: _____ Date of birth / Fecha de nac.: _____

Insurance Provider / Proveedor de Seguro	Insurance Number / Número de Seguro
<input type="checkbox"/> Kern Family Health Care <input type="checkbox"/> Health Net <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> BlueShield <input type="checkbox"/> Other _____	ID # _____ MMIS # _____

Regular Medical Doctor or Clinic / Doctor o Clínica Regular: _____

Address / Dirección: _____ Phone / Teléfono: _____

Date of last complete physical exam / Fecha del último examen físico completo: _____

Regular Optometrist or Eye Doctor / Optometrista o Doctor de la Vista Regular: _____

Address / Dirección: _____ Phone / Teléfono: _____

Last eye exam / Fecha del último examen de la vista: _____ Has patient ever been prescribed glasses? Yes__No__
¿Han recetado lentes para el paciente? Sí__No__

Pharmacy / Farmacia: _____ Phone / Teléfono: _____

If the patient is under 18 years of age, please provide the following parent/guardian information:

Si el paciente es menor de 18 años de edad, favor de proporcionar la siguiente información sobre el padre/tutor:

Parent/Guardian's Name / Nombre del padre/tutor: _____

Parent/Guardian's Date of Birth / Fecha de nacimiento del padre/tutor: _____

Relation to Patient / Relación al paciente: _____

Parent/Guardian's Last 4 digits of Social Security # / Los últimos 4 dígitos del # de seguro social del padre/tutor: _____

Address / Dirección: _____

Home Phone / Tel. del Hogar: _____ Cell / Celular: _____ Work / Trabajo: _____

Emergency Contact Person: _____ Phone / Teléfono: _____

Patient/Parent/Guardian Signature
Firma del Paciente/Padre/Tutor

Date / Fecha

Patient/Parent/Guardian's Name
Nombre del Paciente/Padre/Tutor



School Vision Center



Patient Health History / Historia de Salud del Paciente

Patient Name / Nombre del Paciente : _____ Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

Sex / Sexo: M / F Height / Altura: _____ Weight / Peso: _____

Allergies to Medications / Alergias de medicamentos : _____

What is the reason for your visit? ¿Cuál es la razón de su visita? _____

Is there any chance that you may be pregnant? ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? YES/sí NO

Past medical history: (CHECK ANY THAT APPLY) / Antecedentes Médicos: (INDIQUE CUALQUIER QUE CORRESPONDA)

Yes/Sí No

- Anxiety (ansiedad)
- Arthritis (artritis)
- Asthma (asma)
- Breast Cancer (cáncer de seno)
- Colon Cancer (cáncer de colon)
- COPD (EPOC)
- Coronary Artery Disease (Enfermedad de la arteria coronaria)
- Depression (Depresión)
- Diabetes (Diabetes)
Year diagnosed (año diagnosticado/a): _____
- Flomax Use (Uso Flomax)
- GERD (ERGE)
- Hearing Loss (pérdida de la audición)
- Hepatitis (hepatitis)
- Hypertension (hipertensión)
- HIV/AIDS (VIH/SIDA)

Yes/Sí No

- High Cholesterol (colesterol alto)
- Hyperthyroidism (hipertiroidismo)
- Hypothyroidism (hipotiroidismo)
- Leukemia (leucemia)
- Lung Cancer (cáncer de pulmón)
- Lymphoma (linfoma)
- Prostate Cancer (Cancer de próstata)
- Radiation Treatment (tratamiento de radiación)
- Seizures (convulsiones)
- Stroke (carrera)
- Smoking (de fumar) #/day _____
- Alcohol Consumption (beber alcohol)
- Easy to bleed (fácil de sangrar)
- Other (otro/a): _____

Family History - Indicate on line whether this pertains to mother (M), father (F), siblings (S), or grandparents (G)

Historia familiar - Indique en la línea si pertenece a la madre (M), padre (F), hermanos (S), o abuelos (G)

- Blindness ceguera _____ Macular Degeneration degeneracion macular _____
- Cancer cáncer _____ Migraine migraña _____
- Cataracts cataratas _____ Retinal Detachment desprendimiento de retina _____
- Stroke carrera _____ Strabismus estrabismo _____
- Diabetes diabetes _____
- Glaucoma glaucoma _____
- Heart Disease enfermedad del corazón _____
- High Blood Pressure hipertensión _____
- None Ninguno

List of Medications / Lista de Medicamentos

- None / Ninguno
- _____
- _____
- _____

Previous surgeries / Cirugías previas

- None / Ninguno
- _____
- _____

For ACE use only / Para uso de ACE solamente

OCULAR SURGERIES: None

Date Procedure Surgeon

OCULAR DIAGNOSES: None

Initials/Date

Past problems with outpatient surgery or anesthesia? Yes/ Sí
¿Ha tenido algún problema con cirugía o anestesia? No

please continue to the next page / favor de continuar a la siguiente página

Patient Health History / Historia de Salud del Paciente

Patient Name / Nombre: _____ Date of birth / Fecha de nac.: _____

Did the patient have any of these problems? / ¿Tuvo el paciente algunos de estos problemas?

- Yes/Sí No Prematurity or birth weight under 5 lbs. / *Prematuro(a) o peso natal menos de 5 libras*
- Yes/Sí No Difficult delivery / *Parto difícil*
- Yes/Sí No Poor growth/slow development in infancy / *Crecimiento lento/desarrollo lento en la infancia*
- Yes/Sí No Drugs or alcohol used during pregnancy / *Uso de drogas o alcohol durante el embarazo*

Other problems in infancy or with development / *Otros problemas de infancia o de desarrollo:*

SCHOOL CONCERNS / PREOCUPACIÓN ESCOLAR

Please check "YES" or "NO" below and explain any "YES" answers on the line provided:

Favor de marcar "SÍ" o "NO" y explicar las respuestas "SÍ" en la línea:

- Yes/Sí No Learning Problems / *problemas de aprendizaje* _____
- Yes/Sí No Special Class or Special Ed / *clase especial o ed. especial* _____
- Yes/Sí No Repeated Grade / *reprobado un grado* _____
- Yes/Sí No Frequent Behavioral Problems / *problemas de comportamiento frecuentes* _____

Additional information or concerns / Información o preocupaciones adicionales:

What are the patient's average grades? ¿Cuáles son las notes promedio del paciente? _____

Have the grades changed significantly? ¿Han cambiado las notes de manera significativa? Yes/Sí No

Patient/Parent/Guardian Signature
Firma del Paciente/Padre/Tutor

Date / Fecha

Patient/Parent/Guardian's Name
Nombre del Paciente/Padre/Tutor

**Thank you for taking the time to complete your child's health history and consent form.
Please complete the patient registration form on the next page.**

***Gracias por su tiempo al completar el formulario de historial de salud de su hijo y de consentimiento.
Por favor, complete el formulario de registraci3n de paciente en la p1gina siguiente.***

Registration Form / Formulario de Registración

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Last Name / Apellido	First Name / Nombre	MI / Iniciales	Nickname / Apodo	SSN / Num. Seguro Social	Sex / Sexo	DOB / Fecha de Nac.
Patient Address / Dirección del Paciente			City / Ciudad		State / Estado	Zip / Código Postal
PARENT OR LEGAL GUARDIAN INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL:						
Last Name / Apellido	First Name / Nombre	MI / Iniciales	SSN / Num. Seguro Social	DOB / Fecha de Nac.	Relation / Relación	
Parent / Guardian Address (if different) / Dirección del Padre / Tutor			City / Ciudad		State / Estado	Zip / Código Postal
INSURANCE INFORMATION (Please present ALL insurance cards and a Picture ID to the receptionist): INFORMACIÓN DE SEGURO (Favor de presentar TODAS las tarjetas de seguro y una identificación a la recepcionista):						
Primary Insurance <i>Seguro Principal</i>	Policy # <i># de Póliza</i>	Group # <i># de Grupo</i>	Effective Date <i>Fecha Efectiva</i>	Policy Holder Name <i>Nombre en la Póliza</i>	Relation <i>Relación</i>	
Secondary Insurance <i>Seguro Secundario</i>	Policy # <i># de Póliza</i>	Group # <i># de Grupo</i>	Effective Date <i>Fecha Efectiva</i>	Policy Holder Name <i>Nombre en la Póliza</i>	Relation <i>Relación</i>	
Tertiary Insurance <i>Seguro Terciario</i>	Policy # <i># de Póliza</i>	Group # <i># de Grupo</i>	Effective Date <i>Fecha Efectiva</i>	Policy Holder Name <i>Nombre en la Póliza</i>	Relation <i>Relación</i>	
<p>Please <input checked="" type="checkbox"/> to indicate the languages you speak fluently / Favor de <input checked="" type="checkbox"/> para indicar los idiomas que puede hablar con fluidez:</p> <p><input type="checkbox"/> English / Inglés <input type="checkbox"/> Spanish / Español <input type="checkbox"/> French / Francés <input type="checkbox"/> Other / Otro: _____</p> <p>Preferred Language / Idioma de preferencia: _____</p>						
<p>Please <input checked="" type="checkbox"/> all that apply / Favor de <input checked="" type="checkbox"/> todo lo que aplique:</p> <p><input type="checkbox"/> Child of a Veteran / Hijo(a) de Veterano <input type="checkbox"/> Migrant Worker / Trabajador Campesino Migrante <input type="checkbox"/> Homeless / Sin Hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Visually Impaired / Impedimento Visual <input type="checkbox"/> Hearing Impaired / Impedimento del Oír <input type="checkbox"/> Smoker / Fumador</p>						
<p>CONTACT PREFERENCES: Please <input checked="" type="checkbox"/> to indicate your preferred contact method: PREFERENCIAS DE CONTACTO: Favor de <input checked="" type="checkbox"/> el método de contacto preferido:</p> <p><input type="checkbox"/> Home / Hogar (_____) <input type="checkbox"/> E-mail _____</p> <p><input type="checkbox"/> Work / Trabajo (_____) <input type="checkbox"/> Text / Texto (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> Cell / Celular (_____)</p>						
<p>EMERGENCY CONTACT NAMES & PHONE NUMBERS (Please list at least two): NOMBRES Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE CONTACTOS PARA CASOS DE EMERGENCIA (Favor de anotar por lo menos dos):</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p>						

**THE FOLLOWING PAGES ARE FOR YOU TO
REVIEW AND KEEP FOR YOUR RECORDS**

**LAS SIGUIENTES PÁGINAS SON PARA SU
REVISIÓN Y PARA MANTENER EN SU REGISTRO**

School Vision Center Program Description

Welcome to the Delano Union Elementary School District Vision Center. This School-Based Vision Center makes vision care available to all students of the district. If your child/adolescent needs an eye exam and/or glasses, they can get them at the Vision Center without you having to take time away from work. Using the Vision Center also minimizes the amount of time your child/adolescent spends away from the classroom, so there are fewer interruptions to learning. All services are provided free of cost.

How the School-Based Vision Center works:

You must complete the attached consent form and the other information pages and return them to the school office before your child can be seen at the Vision Center.

- You or your child may schedule an appointment in the Vision Center if your child needs an eye exam. Any necessary prescriptions and glasses will be provided. After your child's visit with the provider, attempts will be made to contact you as necessary. A report will be mailed to you.
- **The School Vision Center does not take the place of your primary care provider (PCP) and joining the program does not mean you are changing your child's PCP.** You will be encouraged to have any needed follow-up care with your PCP and a summary of your child's visit at the Vision Center will be sent to that office.

Patient Rights and Responsibilities:

- Respectful and equal treatment, care, and accommodations are available regardless of race, age, ethnicity, creed, sex; or sexual orientation.
- To have a vision care assessment and plan of care and participate in your vision care plan.
- To talk to your vision care provider openly and privately.
- It is the patient's responsibility to carry out the recommended treatment plan.
- Allow at least 30 days for transfer of treatment records.
- Notify the School Vision Center if you have received treatment in an emergency room or hospital.
- After hours, in case of emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. If you have an urgent issue and would like to speak with the provider on-call during regular office hours, please call your School Vision Center.

The Vision Care Services we may provide include:

- A comprehensive eye exam comprised of various tests and screenings as determined by the attending optometrist.
- If found to be necessary, a pair of eyeglasses with polycarbonate lenses and frames to be chosen from the available inventory.

School Vision Center Program Description

Regarding Payment for Services:

- There is never a charge to you for the services provided to your child at the Delano Union Elementary School District Vision Center.
- If you do have health insurance for your child, information regarding that insurance is requested so that we may bill your health insurance. This allows us to continue to operate and provide services for your child. This information will be kept strictly confidential.
- No child will be denied care due to inability to pay for services.
- We can help you if you need assistance applying for Medi-Cal. Please contact the DUESD Health Services Department at (661) 721-7036.

Regarding the Sharing of Health Information:

- The School Vision Center may request medical records/information from any health care provider or facility where your child has been seen.
- Results of your child's visit to the School Vision Center will be sent to your child's PCP.
- The School Vision Center, the Delano Union Elementary School District and ACE Eyecare will all share your child's medical health information with each other as needed.
- The child's medical and any other information will only be used in the treatment, payment, and vision care operations at the School Vision Center. All of your child's information will be kept strictly confidential according to all state and federal laws.
- The school has other community resources available. If other services are needed, the Vision Center provider may initiate a referral to a case manager or outside services provider. The Vision Center staff will coordinate your child's care as needed to assist you. All information will be kept strictly confidential.



Vision Center

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how medical information about your child may be used and disclosed and how to get access to this information. Please review it carefully.

We respect our legal obligation to keep health information that identifies your child private. We are obligated by law to give you notice of privacy practices. This notice describes how we protect your child's health information and what rights you have regarding it.

Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information

With your consent, the School Vision Center may use and disclose protected health information (PHI) about your child to carry out treatment, payment and healthcare operations (TPO). Please refer to the Delano Union Elementary School District Vision Center Notice of Privacy Practices for a more complete description of such uses and disclosures. You have the right to review the Notice of Privacy Practices prior to signing this consent. Delano Union Elementary School District Vision Center reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at any time. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by mailing a written request to the office contact person at the end of this notice.

With your consent, the School Vision Center may call your home, or other designated location, and leave a message on voice mail, in person or send a text to the number provided by you in reference to any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminders, insurance items and any call pertaining to your child's vision care.

With your consent, the School Vision Center may mail to your home or other designated location any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminder cards and patient statements, as long as they are marked Personal and Confidential.

You have the right to request that the School Vision Center restrict how it uses or discloses your protected health information to carry out treatment, payment and healthcare operations. However, the practice is not required to agree to your requested restrictions, but if it does, it is bound by this agreement.

By signing the consent form, you are consenting to the School Vision Center's use and disclosure of your child's Protected Health Information to carry out treatment, payment and healthcare operation (TPO).

You may revoke your consent in writing, except to the extent that the School Vision Center has already made disclosures in reliance upon your prior consent. If you do not sign this consent, the School Vision Center may decline to provide treatment to your child.

Uses and Disclosures for Other Reasons Without Permission

In some limited situations, the law allows or requires us to use or disclose your health information without your permission. Not all of these situations will apply to us; some may never come up at all. Such uses and disclosures are:

- when a state or federal law mandates that certain information be reported for a specific purpose.
- for public health purposes, such as contagious disease reporting, investigation or surveillance and notices to and from the federal Food and Drug Administration regarding drugs and medical devices.
- disclosures to governmental authorities regarding victims of suspected abuse, neglect or domestic violence.
- uses and disclosures for health oversight activities, such as for the licensing of doctors; for audits by Medicare or Medi-Cal; or for the investigation of possible violations of health care laws.

- disclosures for judicial and administrative proceedings, such as in response to subpoenas or orders of courts or administrative agencies.
- disclosures for law enforcement purposes, such as to provide information about someone who is suspected to be a victim of a crime; to provide information about a crime at our office, or to report a crime that happened somewhere else.
- disclosure to a Medical Examiner to identify a dead person or to determine cause of death, or to funeral directors to aid in burial; or to organizations that handle organ and tissue donations.
- uses or disclosures for health-related research.
- uses and disclosures to prevent a serious threat to health or safety.
- disclosure of de-identified information.
- disclosures relating to Worker's Compensation programs.
- incidental disclosures that are an unavoidable by-product of permitted uses and disclosures.
- disclosures to "Business Associates" who perform health care operations for us and who commit to respect the privacy of your health information.

Other Uses and Disclosures

We will not make any other uses or disclosures of your health information unless you sign a written "authorization form". The content of said form is determined by federal law. Sometimes, we may initiate the authorization process if the use or disclosure is our idea. Sometimes, you may initiate the process if you wish for us to send your information to someone else. If we initiate the process and ask you to sign an authorization form, you do not have to sign it. If you do not sign the authorization form, we cannot make the use or disclosure. If you do sign an authorization form, you may revoke it at any time. Revocations must be in writing. Send them to the office contact person at the end of this notice.

Your Rights Regarding Your Child's Health Information

The law gives you many rights regarding your child's health information. You can:

- ask us to restrict our uses and disclosures for purposes of treatment (except emergency treatment), payment or healthcare operations. We do not have to agree to this, but if we agree, we must honor the restrictions that you want. To ask for a restriction, send a written request to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice.
- ask us to communicate with you in a confidential way, such as by phoning you at work rather than at home or by mailing health information to a different address. We will accommodate these requests if they are reasonable, and if you pay us for any extra cost. If you want to ask for confidential communications, send a written request to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.
- ask to see or get photocopies of your health information. By law, there are a few situations in which we can refuse to permit access or copying. For the most part, however, you will be able to review or have a copy of your health information within 30 days of asking us (60 days if the information is stored off-site). You may have to pay for photocopies in advance. If we deny your request, we will send you a written explanation. By law, we can have one 30-day extension of the time for us to give you access or photocopies if we send you written notice of the extension. If you want to review or get photocopies of your health information, send a written request to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.
- ask us to amend your child's health information if you think that it is incorrect or incomplete. If we agree, we will amend the information within 60 days from when you ask us. We will send the corrected information to persons who we know got the wrong information, as well as others that you specify. If we do not agree, you can write a statement of your position that we will include in your health information along with any rebuttal statement that we may write. Once your statement of position and/or our

rebuttal is included in your health information, we will send it along whenever we make a permitted disclosure of your health information. By law, we can have one 30-day extension of time to consider a request for amendment if we notify you in writing of the extension. If you want to ask us to amend your child's health information, send a written request, including your reasons for the amendment, to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.

- get additional paper copies of this Notice of Privacy Practices upon request. If you want additional paper copies, send a written request to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice.

Our Notice of Privacy Practices

By law, we must abide by the terms of this Notice of Privacy Practices until we choose to change it. We reserve the right to change this notice any time as allowed by law. If we change this notice, the new privacy practices will apply to your child's health information that we already have, as well as to any future information. If we change our Notice of Privacy Practices, we will post the new notice in our office and have copies available in our office.

Complaints

If you think that we have not properly respected the privacy of your health information, you are free to contact us or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. We will not retaliate against you if you make a complaint. If you want to complain to us, send a written complaint to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice. If you prefer, you can discuss your complaint in person or by phone.

Please note that the School Vision Center is **completely optional**. School nursing and emergency services will still be provided, as always, whether you consent to the School Vision Center or not.

This consent will remain in effect until your child is no longer enrolled in the Delano Union Elementary School District. You **may revoke** this consent for treatment at any time by requesting, in writing, that the School Vision Center remove your child from its patient list. Please submit your written request to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice.

Please keep this Program Description for your records.

The School Vision Center is an excellent way to keep your child's vision healthy. Please let us know if there is anything keeping you from enrolling your child. If you have any questions or need help with the application, please call the Delano Union Elementary School District's Health Services Department at 661-721-7036 or contact your school nurse.

Notice of Privacy Practices Contact Person:

Linda Hinojosa, RN
Health Services Director
Delano Union Elementary School District
1842 Norwalk St, Delano, CA 93215
Phone: 661-721-7036
Fax: 661-721-7038

Centro Para La Vista

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Bienvenidos al Centro Para La Vista del Distrito Escolar de Delano. El Centro Para La Vista Escolar hace disponible el cuidado de la vista a todos los estudiantes. Si su niño/adolescente necesita un examen de la vista y lentes, ellos pueden obtenerlos en el Centro Para La Vista Escolar. Todo esto se puede hacer sin tener que perder tiempo en el trabajo y disminuir la cantidad de tiempo fuera del salón de clases y con menos interrupción en el aprendizaje. Todos los servicios son proporcionados libre de costo.

Cómo funciona el Centro Para La Vista Escolar:

Usted debe completar el formulario de consentimiento adjunto y otras páginas de información y regresarlas a la oficina de la escuela antes de que su estudiante pueda ser revisado en el Centro Para La Vista.

- Usted o su niño puede programar una cita en el Centro Para La Vista si su hijo necesita un examen de la vista. Se proporcionarán las recetas y lentes necesarias. Después de la visita de su hijo con el proveedor, se hará el intento de comunicarse con usted cuando sea necesario. Se le enviará un informe por correo.
- **El Centro Para La Vista Escolar no ocupa el lugar de su proveedor de cuidado principal (PCP) y el formar parte del programa no significa que usted está cambiando el PCP de su hijo.** Se le recomienda que tenga cualquier cuidado de seguimiento necesario con su PCP y un resumen de la visita de su hijo en el Centro Para La Vista será enviado a esa oficina. Sin embargo, si no tiene un PCP regular, estaremos encantados de ayudarle a establecer un PCP.

Derechos y Responsabilidades del Paciente:

- Tratamiento, cuidado, y adaptaciones respetuosas y equitativas están disponibles sin importar la raza, edad, etnicidad, credo, sexo; u orientación sexual.
- Para tener una evaluación de la vista y plan de cuidado y participar en su plan de cuidado de salud.
- Para hablar abiertamente y en privado con su proveedor de cuidado de la vista.
- Es la responsabilidad del paciente llevar a cabo el plan de tratamiento recomendado.
- Permitir por lo menos 30 días para la transferencia de registros de tratamiento.
- Avisar al Centro Para La Vista Escolar si ha recibido tratamiento en una sala de emergencias o un hospital.
- Después de horas, en caso de emergencia, llamar al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana. Si tiene un asunto urgente y le gustaría hablar con el proveedor disponible durante el horario regular de oficina, favor de llamar al Centro Para La Vista Escolar.

Los Servicios del Cuidado de la Vista que podemos proveer incluyen:

- Un examen ocular completo que consta de varias pruebas y evaluaciones según lo determine el optometrista que lo atiende.
- Si se considera necesario, lentes de policarbonato y monturas que se elegirán del inventario disponible.

Centro Para La Vista

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Referente a cuotas por los servicios:

- Nunca hay una cuota para usted por los servicios proporcionados a su hijo en el Centro Para La Vista del Distrito Escolar de Delano.
- Si usted tiene seguro médico para su hijo, se pide información referente a ese seguro para poder cobrar a su seguro médico. Esto nos permite continuar operando y proporcionando servicios a su hijo. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.
- A ningún niño se le negará cuidado debido a la incapacidad de pagar por los servicios.
- Le podemos ayudar si necesita ayuda en la solicitud de Medi-Cal. Favor de comunicarse con el departamento de servicios de salud del Distrito Escolar de Delano por llamar al (661) 721-7036.

Referente a Partición de Información de Salud:

- El Centro Para La Vista Escolar puede pedir registros/información médica de cualquier proveedor de cuidado médico o instalación donde su hijo ha recibido atención.
- Los resultados de la visita médica serán enviados del Centro Para La Vista de la Escuela al PCP de su hijo.
- El Centro Para La Vista, el Distrito Escolar de Delano y ACE Eyecare compartirán información médica entre si conforme sea necesario.
- La información médica y cualquier otra información del niño solo se usará en el tratamiento, el pago y las operaciones de cuidado de la vista en el Centro Para La Vista Escolar. Toda la información de su hijo se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con todas las leyes estatales y federales.
- La escuela tiene otros recursos comunitarios disponibles. Si se necesitan otros servicios, el proveedor del Centro Para La Vista puede iniciar una referencia a un administrador de casos o proveedor externo de servicios. El personal del Centro Para La Vista coordinará la atención de su hijo según sea necesario para ayudarlo. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre su hijo(a) y cómo obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la información de salud que le identifica privada. Estamos obligados por ley a darle aviso de las prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos la información de salud y qué derechos tiene con respecto a ella.

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información protegida sobre la salud

Con su consentimiento, el Centro Para La Vista Escolar puede usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre su hijo(a) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Por favor refiérase al Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro Para La Vista del Distrito Escolar de Delano para una descripción más completa de tales usos y divulgaciones. Tiene el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. El Centro Para La Vista Escolar se reserva el derecho de hacer cambios a su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad con revisiones enviando una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina al final de este aviso.

Con su consentimiento, el Centro Para La Vista Escolar puede llamar a su casa, u otro lugar designado, y dejar un mensaje en el buzón de voz, en persona o enviar un texto al número proporcionado por usted en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con la atención clínica de su hijo(a), incluyendo resultados de laboratorio entre otros.

Con su consentimiento, el Centro Para La Vista Escolar puede enviar por correo a su casa u otro lugar designado cualquier artículo que ayude a practicar la TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre y cuando estén marcadas como Personal y Confidencial.

Tiene el derecho de solicitar que el Centro Para La Vista Escolar limite cómo usa o divulga la información médica protegida para realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por este acuerdo.

Al firmar el formulario de consentimiento, está dando su consentimiento para que el Centro Para La Vista Escolar use y divulgue la Información de Salud Protegida de su hijo(a) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y de atención médica (TPO).

Puedo revocar su consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho revelaciones basándose en su consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, el Centro Para La Vista Escolar puede negarse a proporcionar tratamiento a su hijo(a).

Usos y Revelaciones por Otras Razones Sin Permiso

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o nos obliga a usar o divulgar información médica sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; algunas quizás nunca surjan. Tales usos y divulgaciones son:

- cuando una ley estatal o federal exige que cierta información sea reportada por un propósito específico.
- para fines de salud pública, tales como notificación, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas y notificaciones a y de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos sobre medicamentos y dispositivos médicos.

- divulgación a las autoridades gubernamentales de las víctimas de sospechado abuso, negligencia o violencia doméstica.
- usos y divulgaciones para las actividades de supervisión de la salud, tales como la concesión de licencias a los médicos; para auditorías por Medicare o MediCal; o para la investigación de posibles violaciones de las leyes del cuidado de salud.
- divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones o órdenes de tribunales o agencias administrativas.
- divulgaciones para fines policiales, tales como proporcionar información sobre alguien que se sospecha que es víctima de un crimen; para proporcionar información sobre un crimen en nuestra oficina, o para reportar un crimen que ocurrió en otro lugar.
- divulgación a un Médico Examinador para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de muerte, o para los directores de funerarias para ayudar en el entierro; o a organizaciones que manejan donaciones de órganos y tejidos.
- usos o divulgaciones para la investigación relacionada con la salud.
- usos y divulgaciones para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad.
- divulgación de información des-identificada.
- divulgaciones relacionadas con los programas de Compensación al Trabajador.
- las revelaciones incidentales que son un subproducto inevitable de los usos y divulgaciones permitidos.
- revelaciones a "Asociados de Negocios" que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de la información de salud.

Otros Usos y Divulgaciones

No haremos otros usos o divulgaciones de la información médica de su hijo(a) sin que usted firme un "formulario de autorización" escrito. El contenido de dicho formulario es determinado por la ley federal. Algunas veces podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o divulgación es nuestra idea. Algunas veces, usted puede iniciar el proceso si usted desea que enviemos la información a alguien más. Si iniciamos el proceso y le podemos firmar un formulario de autorización, usted no tiene que firmarlo. Si usted no firma el formulario de autorización, no podemos hacer el uso o divulgación. Si usted si firma el formulario de autorización, usted puede revocarlo en cualquier momento. Las revocaciones deben ser por escrito. Envíelas a la persona de contacto de la oficina al final de este aviso.

Sus Derechos Referente a La Información Médica

La ley les da muchos derechos referentes a la información médica de su hijo. Usted puede:

- pedirnos restringir nuestros usos y divulgaciones para propósitos de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pagos u operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo con esto, pero si estamos de acuerdo, debemos respetar las restricciones que usted desea. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección u el fax que se muestra al final de este aviso.
- pedir que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamando por teléfono al trabajo en lugar de al hogar o enviando información de salud a otra dirección. Nosotros acomodaremos estas peticiones si son razonables, y si nos paga por cualquier costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina en la dirección o fax al final de este aviso
- pedir ver u obtener fotocopias de la información médica de su hijo(a). Por ley, hay unas cuantas situaciones en las cuales podemos rehusar el permitir acceso o copiar. Para la mayor parte, sin embargo, usted podrá revisar u obtener una copia de la información médica dentro de 30 días de cuando lo pidió (60 días si la información está almacenada fuera del sitio). Usted puede tener que pagar por fotocopias por adelantado. Si negamos su petición, le enviaremos una explicación por escrito. Por ley, tenemos una extensión de 30 días del tiempo para que le demos acceso o fotocopias

si le enviamos un aviso de extensión por escrito. Si usted quiere repasar u obtener fotocopias de la información médica, envíe una petición por escrito a la persona de contacto de la oficina en la dirección o fax al final de este aviso.

- pedirnos enmendar la información médica de su hijo(a) si cree que está incorrecta o incompleta. Si estamos de acuerdo, enmendaremos la información dentro de 60 días de cuando nos pide. Enviaremos la información corregida a personas quienes sabemos que obtuvieron información incorrecta, al igual que otros que especifiquemos. Si no estamos de acuerdo, usted puede escribir una declaración de su posición cual incluiremos en la información médica junto con cualquier declaración de refutación que pudiéramos escribir. Una vez que su declaración de posición o refutación esté en la información médica, la enviaremos cuando hagamos una divulgación permitida de la información médica. Por ley, podemos tener una extensión de tiempo de 30 días para considerar una petición para enmienda si le avisamos por escrito de la extensión. Si quiere pedirnos enmendar la información médica, envíe una petición escrita, incluyendo sus razones para la enmienda, a la persona de contacto de la oficina en la dirección o fax al final de este aviso.
- obtener copias adicionales en papel de este Aviso de Prácticas de Privacidad a petición. Si desea copias adicionales en papel, envíe una petición escrita a la persona de contacto de la oficina en la dirección o fax al final de este aviso.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad hasta que elijamos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permitido por ley. Si cambiamos este aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información de salud que ya tenemos, así como a cualquier información futura. Si cambiamos nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina y tendremos copias disponibles en nuestra oficina.

Quejas

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de la información médica de su hijo(a), puede ponerse en contacto con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea ponernos una queja, envíe una queja por escrito a la persona de contacto de la oficina en la dirección o fax al final de este aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono.

Por favor tenga en cuenta que el Centro Para La Vista Escolar es **completamente opcional**. Los servicios escolares de enfermería y emergencia aun serán proporcionados como siempre ya sea si accede al Centro Para la Vista Escolar o no.

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que su hijo(a) ya no esté registrado en el Distrito Escolar de Delano. Usted puede **revocar** este consentimiento para tratamiento en cualquier momento pidiendo al Centro Para La Vista Escolar, por escrito, quitar a su hijo de la lista de. Por favor avísenos al número enseguida y por escrito de cualquier cambio de tutela.

Por favor retenga esta Descripción del Programa para sus registros.

El Centro Para La Vista Escolar es una forma excelente de mantener la vista de su hijo(a). Por favor avísenos si hay algo que le evita registrar a su hijo(a). Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con la solicitud, favor de llamar al Departamento de Servicios de Salud del Distrito Escolar de Delano al 661-721-7036, o comuníquese con su enfermera escolar.

Persona de Contacto:

Linda Hinojosa, RN
Directora de los Servicios de Salud
Distrito Escolar de Delano

1842 Norwalk St, Delano, CA 93215
Tel: 661-721-7036
Fax: 661-721-7038

ACE EYECARE, Inc.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective date of Notice: September 1, 2017

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

We respect our legal obligation to keep health information that identifies you private. We are obligated by law to give you notice of our privacy practices. This notice describes how we protect your health information and what rights you have regarding it.

Our Uses and Disclosures for Treatment, Payment and Healthcare Operations

The most common reason why we use or disclose your health information is for treatment, payment or health care operations. Examples of how we use or disclose information for treatment purposes are: setting up an appointment for you; testing or examining your eyes; prescribing glasses or eye medications and faxing them to be filled; referring you to another doctor or clinic for consultation or treatment; or getting copies of your health information from another professional that you may have seen before us. Examples of how we use or disclose your health information for payment purposes are: asking you about your health and/or vision insurance coverage, preparing and sending bills or claims and collecting unpaid amounts (either ourselves or through a billing service or collection agency). "Healthcare operations" mean those administrative and managerial functions that we have to do in order to run our office. Examples of how we use or disclose your health information for healthcare operations are: financial or billing audits; internal quality assurance; personnel decisions, defense of legal matters, business planning and outside storage of our records.

How else can we use or share your health information?

We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information, see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

- **Help with public health and safety issues.** We can share health information about you for certain situations such as:
 - For public health purposes, such as contagious disease reporting, investigation or surveillance and notices to and from the federal Food and Drug Administration regarding drugs or medical devices.
 - Disclosures to governmental authorities regarding victims of suspected abuse, neglect or domestic violence.
 - Uses and disclosures to prevent a serious threat to health or safety.
- **Do research.** We can use or share your information for health research.
- **Comply with the law.** We will share information about you if state or federal law requires it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
- **Address worker's compensation, law enforcement, and other government requests.**
 - When a state or federal law mandates that certain information be reported for a specific purpose.
 - Disclosures for law enforcement purposes, such as to provide information about someone who is suspected to be a victim of a crime; to provide information about a crime at our office, or to report a crime that happened somewhere else.
 - Disclosures relating to Workers' Compensation programs.
 - Uses and disclosures for health oversight activities, such as for the licensing of doctors; for audits by Medicare or Medicaid; or for the investigation of possible violations of health care laws.
 - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services.
- **Respond to lawsuits and legal actions.** Disclosures for judicial and administrative proceedings, such as in response to subpoenas or orders of courts or administrative agencies.
- **Work with a medical examiner or funeral director, or to respond to organ and tissue donation requests.** We can disclose your information to a Medical Examiner to identify a dead person or to determine cause of death, or to funeral directors to aid in burial; or to organizations that handle organ and tissue donations.
- **Disclosure of de-identified information.**

- **Incidental disclosures** that are an unavoidable by-product of permitted uses and disclosures.
- **Disclosures to “Business Associates”** who perform health care operations for us and who commit to respect the privacy of your health information.

Uses and Disclosures for Other Reasons With Your Permission

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

- You have both the right and choice to tell us to share information with your family, close friends, or others involved in your care, or to share information in a disaster relief situation. If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.
- We never share your information unless you give us written permission for marketing purposes or sale of your information.
- In the case of fundraising, we may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

Appointment Reminders

We may call or write to remind you of scheduled appointments, or that it is time to make a routine appointment. We may also call or write to notify you of other treatments or services available at our office that might help you.

Other Uses and Disclosures

We will not make any other uses or disclosures of your health information unless you sign a written “authorization form”. The content of said form is determined by federal law. Sometimes, we may initiate the authorization process if the use or disclosure is our idea. Sometimes, you may initiate the process if you wish for us to send your information to someone else. If we initiate the process and ask you to sign an authorization form, you do not have to sign it. If you do not sign the authorization form, we cannot make the use or disclosure. If you do sign an authorization form, you may revoke it at any time. Revocations must be in writing. Send them to the office contact person at the end of this notice.

Your Rights Regarding Your Health Information

The law gives you many rights regarding your health information. You can:

- Ask us to limit what we use or share for purposes of treatment (except emergency treatment), payment or healthcare operations. We do not have to agree to this, but if we agree, we must honor the restrictions that you want. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information. To ask for a restriction, send a written request to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice.
- Get a list of those with whom we’ve shared information. You can ask for an accounting of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
- Request confidential communications, such as by phoning you at work rather than at home or by mailing health information to a different address. We will accommodate these requests if they are reasonable, and if you reimburse us for any extra cost. If you want to ask for confidential communications, send a written request to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.
- Get an electronic or paper copy of your medical record. By law, there are a few situations in which we can refuse to permit access or copying. For the most part, however, you will be able to review or have a copy of your health information within 30 days of asking us (60 days if the information is stored off-site). You may have to pay for photocopies in advance. If we deny your request, we will send you a written explanation. By law, we can have one 30-day extension of the time for us to give you access or photocopies if we send you written notice of the extension. If you want to review or get photocopies of your health information, send a written request to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.
- Ask us to correct your medical record if you think that it is incorrect or incomplete. If we agree, we will amend the information within 60 days from when you ask us. We will send the corrected information to persons who we know got the wrong information, as well as others that you specify. If we do not agree, you can write a statement of your position that we will include in your health information along with any rebuttal statement that we may write. Once your statement of position and/or our rebuttal is included in your health information, we will send it along whenever we make a permitted disclosure of your health

information. By law, we can have one 30 day extension of time to consider a request for amendment if we notify you in writing of the extension. If you want to ask us to amend your health information, send a written request, including your reasons for the amendment, to the office contact person at the address or fax at the end of this notice.

- Get a copy of this Notice of Privacy Practices upon request. If you want additional paper copies, send a written request to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice.
- Choose someone to act for you. If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
- File a complaint if you feel your rights are violated. You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information at the end of this form. You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. We will not retaliate against you for filing a complaint.

Our Responsibilities

By law, we must abide by the terms of this Notice of Privacy Practices until we choose to change it. We reserve the right to change this notice any time as allowed by law. If we change this notice, the new privacy practices will apply to your health information that we already have as well as to any future information. If we change our Notice of Privacy Practices, we will post the new notice in our office and have copies available in our office.

- **We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.**
- **We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.**
- **We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.**
- **We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.**

Complaints

If you think that we have not properly respected the privacy of your health information, you are free to complain to us or to the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. We will not retaliate against you if you make a complaint. If you want to complain to us, send a written complaint to the office contact person at the address or fax shown at the end of this notice. If you prefer, you can discuss your complaint in person or by phone.

THE FOLLOWING NOTICE IS REQUIRED BY LAW

You may be referred to Empire Eye and Laser or Empire Surgery Center for certain services. Each of the following physicians has a financial interest with Empire Eye and Laser and Empire Surgery Center: Joseph H. Chang, M.D. and Daniel H. Chang, M.D.

Patient's Freedom of Choice

You are free to choose any ophthalmologist you wish for obtaining services that may be ordered or requested for you by any of the ophthalmologists listed above. Potential sources of information concerning alternatives can also be obtained from the Yellow Pages, the internet, or the Medical Board of California. Your ophthalmologist would be happy to discuss any alternatives with you.

The following address is provided for the filing of any complaints relevant to this notice or the services provided: Medical Board of California, 2005 Evergreen Street, Suite 1200, Sacramento, CA 95815.

For More Information

If you want more information about our privacy practices, write or call ACE Eyecare, Inc., 1721 Westwind Dr, Ste B, Bakersfield, CA 93301, ATTN: Referral Clerk, w: 661-215-1006, f: 661-324-1172.

ACE EYECARE, INC.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha efectiva de esta notificación: 1 de septiembre

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISA CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la privacidad de la información médica que lo identifica. Estamos obligados por ley a informarle sobre nuestras prácticas de privacidad. Esta notificación describe cómo protegemos su información médica y los derechos que tiene en relación con dicha información.

Nuestros usos y divulgaciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Los motivos más habituales por los que usamos o divulgamos su información médica son el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Estos son algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos información con fines de tratamiento: para programar una cita para usted; para realizar pruebas o exámenes oftalmológicos; para recetar anteojos o medicamentos para los ojos y enviar las recetas por fax para su surtido; para remitirle a otro médico o clínica para consultas o tratamientos; o para obtener copias de su información médica por parte de otro profesional al que pudo haber consultado antes que a nosotros. Estos son algunos ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica con fines de pago: para consultarle sobre la cobertura de su seguro médico o oftalmológico, para preparar y enviar facturas, e reclamaciones y cobrar importes pendientes (ya sea por nuestra cuenta o mediante un servicio de facturación o agencia de cobranza). El término “operaciones de atención médica” hace referencia a las funciones administrativas y gerencial que debemos desempeñar para dirigir nuestro consultorio. Estos son ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información médica para las operaciones de atención médica: auditorías financieras o de facturación; control de calidad interno; decisiones personales, defensa de asuntos legales, planificación comercial y almacenamiento externo de nuestros registros.

¿De qué otro modo podemos utilizar o compartir su información médica?

Estamos autorizados o obligados a compartir su información de otras maneras, por lo general, contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Para poder compartir su información con estos fines, tenemos que cumplir muchas condiciones impuestas por la ley. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- **Ayuda con asuntos de seguridad y salud pública.** Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, por ejemplo:
 - Por razones de salud pública, informes, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas, para intercambiar notificaciones con la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos en relación con medicamentos o dispositivos médicos.
 - Divulgaciones a las autoridades gubernamentales respecto de posibles víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica.
 - Usos y divulgaciones para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- **Investigación.** Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.
- **Cumplimiento de la ley.** Compartiremos información acerca de usted en caso de que la ley estatal o federal así lo exija, incluido el Departamento de Salud y Servicios Sociales, para ver que estamos cumpliendo con las leyes federales sobre privacidad.
- Abordaje de indemnizaciones laborales, seguridad pública y otras solicitudes del gobierno.
 - Cuando una ley estatal o federal dispone que deben informarse determinados datos para un propósito específico.
 - Divulgaciones con fines de seguridad pública, como proporcionar información sobre una persona de la que se sospecha que es víctima de un delito; proporcionar información acerca de un delito cometido en nuestro consultorio o denunciar un delito ocurrido en otro lugar.
 - Divulgaciones relacionadas con programas de indemnización laboral.
 - Usos y divulgaciones para actividades de supervisión sanitaria, como la concesión de licencias de médicos, auditorías de Medicare o Medi-Cal o para la investigación de posibles infracciones a las leyes de atención médica.

- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.
- **Respuesta a demandas y acciones judiciales.** Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, por ejemplo, en respuesta a de-identificación o órdenes de juzgados o de organismos administrativos.
- **Trabajo con un médico forense o director de una funeraria, o en respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos.** Podemos divulgar su información a un médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte, a directores de funerarias para ayudarlos con sepulturas o a organizaciones encargadas de donaciones de órganos y tejidos.
- Divulgación de información que no permite la identificación.
- **Divulgaciones de revelaciones incidentales** que son una consecuencia inevitable de divulgaciones y usos permitidos.
- **Divulgaciones a “asociados de negocios”** que realizan operaciones de atención médica para nosotros y se comprometan a respetar la privacidad de su información médica.

Usos y divulgaciones por otros motivos con su autorización

Respecto de determinada información médica, tiene la opción en cuanto compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo desea que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos cómo desea que procedamos, y seguiremos sus instrucciones.

- Tiene el derecho y la opción de indicarnos que compartamos información con sus familiares, amigos cercanos o otras personas involucradas en su atención, o de indicarnos que compartamos información en situaciones de emergencia. Si no puede expresar su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos compartir su información considerando que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir el riesgo de una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad.
- Nunca compartimos su información con fines de marketing o para su venta, solamente con su permiso en escrito en hacerlo.
- En caso de una recaudación de fondos, es posible que nos comuniquemos con usted en la tarea de recaudación, pero puede indicarnos no volver a hacerlo.

Recordatorios de citas

Podremos llamar o escribirle para recordarle de citas programadas o indicarle que es momento de programar una cita de rutina. También podremos llamar o escribirle para informarle sobre otros tratamientos o servicios disponibles en nuestro consultorio que puedan ayudarle.

Otros usos y divulgaciones

No utilizaremos ni divulgaremos su información médica de ningún otro modo, a menos que firme un “formulario de autorización” por escrito. La ley federal determina el contenido de dicho formulario. En ocasiones, podremos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es iniciativa nuestra. Otras veces, es posible que usted inicie el proceso si desea que le enviemos su información a otra persona. Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, no tiene la obligación de firmarlo. Si no firma el formulario de autorización, no podremos usar ni divulgar la información. Si firma un formulario de autorización, podrá revocarlo en cualquier momento. Las revocaciones deben realizarse por escrito. Envíelas a la persona de contacto del consultorio que figura al final de esta notificación.

Sus derechos respecto a su información médica

La ley le da muchos derechos con respecto a su información médica. Puede hacer lo siguiente:

- Nos pide que limitemos la información que usamos o compartimos con fines de tratamiento (excepto el tratamiento de emergencia), pago o operaciones de la atención médica. No tenemos la obligación de estar de acuerdo con esto, pero si estamos de acuerdo, debemos respetar sus restricciones. Si abona el costo total de un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o para las operaciones que realicemos con su compañía de seguros. Le daremos una respuesta afirmativa a menos que una ley nos obligue a compartir esa información. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección al final de esta notificación.
- Obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información. Puede solicitar un recuento de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las que se hayan realizado con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones específicas (como las divulgaciones que usted nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos un recuento al año en forma gratuita, pero aplicaremos una tarifa razonable y basada en el costo si solicita

- otro en un plazo de 12 meses.
- Solicitar comunicaciones confidenciales, por ejemplo, pedir que le llamemos a su teléfono de trabajo y no el teléfono de casa o que se le envíe la información médica a otra dirección. Cumpliremos estas peticiones si son razonables y si nos reembolsa los gastos adicionales. Si desea solicitar que mantengamos comunicaciones confidenciales, envíele una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección o al fax al final de esta notificación.
 - Obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico. Por ley, hay algunas situaciones en las que podemos negar el acceso o el copiado. La mayor parte de las veces, sin embargo, usted podrá revisar su información médica o recibir una copia en un plazo de 30 días desde que realiza la solicitud (o en un plazo de 60 días, si la información está almacenada en una ubicación externa). Es posible que deba abonar las fotocopias por adelantado. Si negamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito. Por ley, contamos con una extensión de 30 días del plazo para darle acceso a su información o a fotocopias si le enviamos un aviso por escrito. Si desea recibir fotocopias de su información médica o revisarla, envíele una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección o al fax al final de esta notificación.
 - Solicitar que corriamos su registro médico si cree que es incorrecto o está incompleto. Si aceptamos hacerlo, corregiremos la información dentro de los 60 días siguientes a la fecha de su solicitud. Enviaremos la información corregida a las personas que sepamos que recibieron información incorrecta, y a otras personas que usted especifique. Si no estamos de acuerdo de su pedido, puede escribir una declaración de su postura, que incluiremos en su información médica, junto con cualquier declaración de refutación que redactemos. Una vez que la declaración de su postura o nuestra refutación se incluyan en su información de salud, se las enviaremos cada vez que realicemos una divulgación permitida de su información médica. Por ley, podremos tener una extensión de 30 días para considerar una solicitud de modificación si le informamos por escrito sobre dicha extensión. Si desea pedirnos que modifiquemos su información de salud, envíe una solicitud por escrito en la que incluya los motivos de la modificación a la persona de contacto del consultorio utilizando la dirección o el fax al final de esta notificación.
 - Obtener una copia de esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad a pedido. Si desea obtener copias impresas adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección o el fax al final de esta notificación.
 - Designar a una persona para que actúe en su nombre. Si ha asignado un poder notarial médico o tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Antes de realizar cualquier acción, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre.
 - Si considera que se infringen sus derechos, presente una queja. Si considera que hemos infringido sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja con la información al final de este formulario. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, por carta, a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono, al 1-877-696-6775, o en el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Nuestras responsabilidades

Por ley, debemos cumplir con los términos de esta Notificación sobre Prácticas de Privacidad hasta que decidamos modificarla. Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación en cualquier momento, según lo permitido por la ley. Si modificamos esta notificación, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información médica que ya tenemos, así como a cualquier información futura. Si modificamos nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad, publicaremos la nueva notificación en nuestro consultorio y tendremos copias disponibles allí.

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Si se produce una infracción que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información, se lo haremos saber inmediatamente.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ningún modo diferente de los que se describen en el presente, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Quejas

Si considera que no hemos respetado la privacidad de su información médica de manera adecuada, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Si desea presentar una queja, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto del consultorio a la dirección o el fax al final de esta notificación. Si prefiere, puede manifestar su queja en persona o por teléfono.

LA SIGUIENTE ES UNA NOTIFICACIÓN EXIGIDA POR LA LEY

Se lo podrá referirse a Empire Eye and Laser o Empire Surgery Center para recibir determinados servicios. Cada uno de los siguientes médicos tiene intereses económicos en Empire Eye and Laser y Empire Surgery Center: Joseph H. Chang, médico, y Daniel H. Chang, médico

Libertad de elección del paciente

Usted es libre de elegir al oftalmólogo que desee para recibir los servicios que indiquen o soliciten para usted cualquiera de los oftalmólogos mencionados anteriormente. Puede consultar las Páginas Amarillas, Internet o la Junta Médica de California para ver posibles fuentes de información respecto de otras alternativas. Su oftalmólogo estará dispuesto a conversar con usted sobre cualquier alternativa.

La siguiente dirección se proporciona para presentar quejas relacionadas con esta notificación o los servicios prestados: Medical Board of California, 2005 Evergreen Street, Suite 1200, Sacramento, CA 95815.

Para obtener más información

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, escriba o llame a ACE Eyecare, Inc., ATTN: Referral Clerk, 1721 Westwind Dr, Ste B, Bakersfield, CA 93301, teléfono: 661-215-1006, fax: 661-324-1172.