



# Solicitud de Aplicación para recibir servicios de atención visual por parte de AINAK

Fecha de cita preferida:	Referido por*:	Distrito Escolar (si no es estudiante poner N/A)*:
--------------------------	----------------	--

## 1. INFORMACION DE CLIENTE\*

Primer nombre:	Apellido:	Inicial de Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento (mes-dia-año, mm/dd/aaaa):	Idioma preferido		
Teléfono móvil (celular):	Correo electrónico:		
Dirección (Domicilio) :			
Calle:	Ciudad:		
Condado:	Estado:	Codigo postal:	
Sexo	Femenino	Masculino	Otro

## 2. INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR\* (Si cliente es menor de 18 años llenar, Cancelar con un "X" si no aplica )

Primer Nombre:	Apellido	Inicial de 2ndo Nombre
Teléfono móvil (celular):	Correo electrónico:	
Dirección (Domicilio) (si distinta de parte 1)		
Calle:	Ciudad:	
Condado:	Estado:	Codigo postal:



**3. CONDICIÓN DE VETERANO, ASEGURANZA, ELEGIBILIDAD BASADO EN INGRESOS E IDENTIFICACIÓN DE RAZA Y/O ETNIA\***

<b>¿Es usted Veterano? (Poner un círculo en una opción)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>¿Cuenta con aseguranza (MediCal, Medicaid, Otro)?</b>  <b>Si / No /Otro</b>  <b>(Poner un círculo en una opción)</b>	<b>Si marcó "Otro", cuál?</b>	

<b>¿Su ingreso familiar anual es menor a \$50,000? (Poner un círculo en una)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Tipo Vivienda que habita (Poner un círculo en una)</b>	<b>Renta</b>	<b>Propia</b>

**RAZA Y/O ETNIA Marcar con una paloma TODAS con las que se identifique; si no encuentra la opción que busca en la lista, marcar "Otro" otro con una paloma)**

- Indio americano or Nativo de Alaska
- Asiatico(a)
- Negro o Afro-Americano(a)
- Hispano o Latino(a)
- Oriente Médio o Norte Africano(a)
- Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico(a)
- Blanco(a)
- Otro: \_\_\_\_\_

**4. Información adicional**

**¿Usa anteojos? Si / No. (Si marcó que sí, favor de traer sus lentes a la cita.)**

**¿Tiene problemas de salud? Si / No**

**Escribir los problemas de salud si marcó que si en la pregunta anterior**

\_\_\_\_\_

**Empleador principal Nombre y dirección:**

\_\_\_\_\_

**(Marcar N/A, si desempleado o estudiante)**

\_\_\_\_\_



Firma\*: \_\_\_\_\_

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

**Nota: Todas las secciones que se encuentran marcadas con un asterisco deben ser llenadas para calificar como un examen visual**

**Favor de enviar la solicitud LLENANDA y COMPLETA incluyendo su informacion personal y con la autorización de publicación de fotos a [submit@myainak.org](mailto:submit@myainak.org)**



**Formulario de Información y Autorización para  
divulgación de información de salud de conformidad  
con HIPAA**

**PATIENT DETAILS**

Nombre:

Apellido:

Segundo Nombre:

Fecha de Nacimiento:

**Información sobre HIPAA**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) provee protección a su privacidad. La Implementación de la ley de HIPAA entró en vigor en Abril 14, 2003. De qué se trata todo esto: Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ser notificado de su Información de salud protegida. Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para brindarle servicios de oficina. HIPAA le brinda ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov).

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá en forma confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen de manera adecuada. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros médicos, según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de los pacientes se pueden almacenar en estantes abiertos y no contienen ningún código que identifique la condición de un paciente o información que no sea ya un asunto de dominio público. El curso normal de brindar atención significa que dichos registros se pueden dejar, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles

para personas que no sean personal de la oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, información de salud protegida y otros documentos o información.

2. Es política de esta organización recordarles a los pacientes sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, correo electrónico, correo de EE. UU., o por cualquier medio conveniente para la práctica y / o según lo solicite usted. Es posible que le enviemos otras comunicaciones informando de cambios en la política de la organización y nuevas tecnologías que pueda encontrar valiosas o informativas.
- 3.
4. La práctica utiliza una serie de proveedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a Información de salud protegida, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
5. Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir información de salud protegida por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
6. Usted acepta llevar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad a la atención del gerente de la oficina o del médico.
7. Su información confidencial no se utilizará con fines de mercadeo o publicidad de productos, bienes o servicios.
8. Aceptamos proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
9. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para satisfacer mejor las necesidades tanto del consultorio como del paciente.
10. Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información médica protegida y a solicitar el cambio en ciertas políticas utilizadas dentro de la oficina con respecto a su Información de salud protegida. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su solicitud.

**Yo, \_\_\_\_\_ por la presente consiento y reconozco mi aceptación de los términos establecido en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento.**

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_



De visión borrosa a clara

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR, FILMAR O GRABAR EN VIDEO A UNA PERSONA PARA USO SIN FINES DE LUCRO**

*(por ejemplo, con fines educativos, de servicio público o de concienciación sobre la salud)*

**Nombre del beneficiario que recibe los servicios:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la escuela (si es estudiante):** \_\_\_\_\_

Marque una de las casillas a continuación con una paloma, firmar y poner fecha en la parte inferior del formulario.

**Doy mi consentimiento** para la participación en entrevistas, el uso de citas y la toma de fotografías, películas o grabaciones en video de la persona mencionada anteriormente.

También otorgo a AINAK el derecho de editar, usar y reutilizar dichos materiales para fines sin fines de lucro, incluyendo su uso en impresos, en internet y en todas las demás formas de medios. Asimismo, libero a AINAK, sus agentes y empleados de cualquier reclamación, demanda o responsabilidad relacionada con lo anterior.

**No doy mi consentimiento** para la participación en entrevistas, el uso de citas ni la toma de fotografías, películas o grabaciones en video de la persona mencionada anteriormente.

**Firma del padre/madre o tutor (si el beneficiario es menor de 18 años):**

\_\_\_\_\_

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