

# Columbus Eye Associates & Columbus Optical

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre (Name): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_

Telefono de Casa (Home Phone): \_\_\_\_\_ Telefono Cellular (Cell): \_\_\_\_\_

Direccion de Correo Electronico (Email) : \_\_\_\_\_

Direccion Fisica (Address): \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado (City, State): \_\_\_\_\_Codigo Postal (Zip): \_\_\_\_\_

Direccion Postal (si es diferente a la direccion fisica) (Mailing Address): \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado (City, State): \_\_\_\_\_Codigo Postal (Zip): \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social (SS#): \_\_\_\_\_ Sexo del Paciente: M or F

Estado Civil: Solo Casado Viudo Divorciado Separado

Ocupacion del Paciente (Occupation): \_\_\_\_\_ Empleador (Employer): \_\_\_\_\_

\*\* Fue usted lastimado en el trabajo? SI or NO Si marco "Si", por favor de avisar en frente para que pueda llenar un reporte separado del accidente en el trabajo. (Question if work related injury for worker's comp purposes)

Contacto de Emergencia (Emergency Contact): \_\_\_\_\_ Relacion (Relationship): \_\_\_\_\_

Telefono de Casa (Home Phone): \_\_\_\_\_ Telefono Cellular (Cell): \_\_\_\_\_

Como se entero de nuestra clinica? (How did pt hear of our clinic?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Patient Signature)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy (Today's Date)

## SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN

Nombre de Padre/Guardian (Parent/Guardian): \_\_\_\_\_ Relacion (Relationship): \_\_\_\_\_

Telefono de Casa (Home Phone): \_\_\_\_\_ Telefono Cellular (Cell): \_\_\_\_\_

Direccion Postal (Address): \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado (City, State): \_\_\_\_\_Codigo Postal (Zip): \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social (SS#): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardian (Parent/Guardian Signature)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy (Today's Date)

## SI LOS PADRES O GUARDIAN NO ESTA PRESENTE HOY ...

\_\_\_\_\_  
Nombre de Representante por los Padres o Guardian  
(Name of representative for parent or guardian)

\_\_\_\_\_  
Firma de Representante por los Padres o Guardian  
(Signature of representative for parent or guardian)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy (Today's date)

# Columbus Eye Associates -- Hoja de información médica (Medical Information Sheet)

**POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS INCLUSO SI NO SE APLICAN A USTED.** (Please answer all questions.)

Nombre del paciente (Name): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy (Date): \_\_\_\_\_

- ¿Quién es su médico de atención primaria? (Primary Doctor) \_\_\_\_\_

- Enliste el nombre si referido por un médico o clínica (Referring Doctor/Clinic): \_\_\_\_\_

- Seleccione las siguientes condiciones médicas que se aplican a usted: (Incluso si usted toma medicamentos para ellos)  
(Please check any medical conditions that you have or are being treated for from the list below)

\_\_\_\_ Diabetes (año de inicio \_\_\_\_\_)      \_\_\_\_ Colesterol alto      \_\_\_\_ Esclerosis múltiple      \_\_\_\_ VIH/ SIDA      \_\_\_\_ Asma  
Diabetes (age of onset)      High Cholesterol      Multiple Sclerosis      HIV/ AIDS      Asthma

\_\_\_\_ Enfermedad de la tiroides      \_\_\_\_ Enfermedad cardíaca      \_\_\_\_ Parálisis campanas      \_\_\_\_ Shingles      \_\_\_\_ Artritis  
Thyroid Disease      Heart Disease      Bell's Palsy      Shingles      Arthritis

\_\_\_\_ La presión arterial alta      \_\_\_\_ La presión arterial baja      \_\_\_\_ Artritis reumatoide      \_\_\_\_ Hepatitis      \_\_\_\_ Sjogrens  
High Blood Pressure      Low Blood Pressure      Arthritis      Hepatitis

\_\_\_\_ Meningitis      \_\_\_\_ Cancer      \_\_\_\_ Otra (other): \_\_\_\_\_

- ¿Estas embarazada actualmente? SI o NO. Indique fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Esta lactando materna? SI o NO  
(Are you currently pregnant? Yes or No Please give due date)      (Are you currently nursing? Yes or No)

- ¿Ha tenido una lesión ocular o la cabeza? SI o NO Enliste cuando y que tipo lesion (Have you ever had an eye or head injury? YES NO List when and type of injury): \_\_\_\_\_

- ¿Ha tenido cirugía de los ojos? SI o NO Enliste cuando y que tipo cirugía (Have you ever had eye surgery? YES NO List when and type): \_\_\_\_\_

- ¿Ha tenido cirugías generales o hospitalizaciones? (NO incluye cirugía de los ojos) SI o NO Enliste cuando y que tipo: (Have you had any general surgeries or hospitalizations? Do not include eye surgery YES NO List when and what type) \_\_\_\_\_

- ¿En su familia, hay enfermedades de los ojos o enfermedades médicas? Enliste enfermedades y relación a paciente: (Are there any diseases of the eye or medical diseases in your family? List disease and relationship to patient) \_\_\_\_\_

- ¿Es alérgico a algún medicamento? SI o NO Enliste los medicamentos y la reacción: (Are you allergic to any medications? YES NO List medication and the reaction) \_\_\_\_\_

- Enliste todas las gotas para los ojos. (Incluye todas las gotas para los ojos sin receta medicina y suplementos de los ojos) (List current eye drops include over the counter and supplements): \_\_\_\_\_

- Enliste todos sus medicamentos sistémicos. (Incluye vitaminas y suplementos) (List current medications include over the counter and supplements): \_\_\_\_\_

- ¿Ha alguna vez tomado cualquier medicación de intolerancia de vejiga como Flomax (tamsulosin) o Hytrin? SI o NO  
(Have you ever taken Flomax (Tamsulosin), Hytrin or any bladder intolerance medications? YES NO)

- Farmacia (Pharmacy): \_\_\_\_\_ Dirección (Address): \_\_\_\_\_ Telefono# (Phone) \_\_\_\_\_

- Uso del tabaco? SI o NO. Que tipo y cuántas veces? (Tobacco use-What type and how often) \_\_\_\_\_

- Uso del alcohol? SI o NO. Que tipo y cuántas veces? (Alcohol use-How often) \_\_\_\_\_

\*\* ¿Cual es la problema que lo trajo a esta oficina hoy? (What is the problem for your visit today): \_\_\_\_\_

- Seleccione las siguientes síntomas que se aplican a usted: (Select the symptoms that apply to you)

\_\_\_\_ Acuosa o lagrimeo (watering/ tearing)      \_\_\_\_ Sensación ardiente de los ojos (burning)      \_\_\_\_ Cataratas (cataracts)  
\_\_\_\_ Vision doble (double vision)      \_\_\_\_ Vision borrosa de cerca (blurred near vision)      \_\_\_\_ Glaucoma (glaucoma)  
\_\_\_\_ Picazón de los ojos (itching)      \_\_\_\_ Vision borrosa de lejos (blurred far vision)      \_\_\_\_ Ojos secos (dry eyes)  
\_\_\_\_ Dolor o irritacion (pain/ irritation)      \_\_\_\_ Vision borrosa en medio (blurred middle vision)      \_\_\_\_ Asunto o secrecion (matter/discharge)  
\_\_\_\_ Ojos cruzados (Ambliopía) (amblyopia)      \_\_\_\_ Degeneración macular (macular degeneration)      \_\_\_\_ Destellos de luz (flashes of light)  
\_\_\_\_ Perdida de vision de repente o gradual (vision loss)      \_\_\_\_ Flotadores (floaters)  
\_\_\_\_ Dificultad leyendo señales de tráfico (difficulty reading road signs)  
\_\_\_\_ Dificultad que ve trabajando con instrumentos pequeños o objetos (difficulty working with small instruments or objects)

# Columbus Eye Associates & Columbus Optical Policy

## Cancelación / Faltó cita Política

A partir de 09/05/18

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad en tiempo y forma. Para ello, hemos tenido que aplicar una política de nombramiento y cancelación. Esta política nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica.

- **Cancelación de una cita:**

Con el fin de ser respetuosos con nuestro horario de la clínica y las necesidades médicas de otros pacientes, sea Cortés y llámenos puntualmente si usted no puede asistir a su cita por cualquier motivo. Esto permite a la hora que reasignarse a otra persona que necesita de tratamiento ese día. **Si es necesario cancelar su cita, se requiere que llames con antelación antes de la cita a cancelar.** Esto incluye citas de pacientes nuevas y establecidas, ya que las citas están en alta demanda, y su cancelación temprana dará a otra persona la oportunidad de tener acceso a atención oportuna

- **Cómo cancelar tu cita:**

Para cancelar citas, por favor llame a una de nuestras oficinas antes de su cita. Usted puede dejar un mensaje detallado en la recepción de programación de buzón de voz. Si desea reprogramar su cita, por favor asegúrese de dejarnos su número de teléfono en el correo de voz y regresaremos su llamada lo más pronto posible. **Las cancelaciones recibieron después de la hora de la cita se consideran finales y documentan como un "no-show".**

- **Política de cargo de la cita faltada**

Un "no-show" es una cita faltada sin previo aviso antes de la cita. Estos "no-shows" perjudiquen nuestro horario de clínica y molestias a otros pacientes que pueden necesitar atención médica en forma oportuna. **Esto incluye llegar más de 15 minutos después de la hora de la cita sin previo aviso y serán registrado en el cuadro del paciente como un "no-show" (el cargo se aplica incluso si el paciente es capaz de acomodarse y se conserva por el doctor ese día y deben pagarse en esa visita).**

**Estos "no-shows" tendrán una cuota \$30 de perdido cita a cuenta del paciente y se facturará una declaración hacia fuera a ellos. Esta tarifa no es facturable al seguro y debe pagarse antes de la próxima cita sin excepción.**

\*\*\*He leído la política de arriba totalmente. Al firmar abajo, entiendo y acepto todos los términos. \*\*\*

**Imprima Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD POR ENCIMA DE,**

Imprima Nombre del padre / tutor del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / tutor del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**COLUMBUS EYE ASSOCIATES & COLUMBUS OPTICAL  
FINANCIAL/TREATMENT POLICY AGREEMENT**

As of 01/02/19

**INFORMACIÓN DE CONTACTO** . Entiendo que es mi responsabilidad de proveer y mantener Columbus Eye Associates y Columbus Optical con mi dirección más reciente postal, número telefónico , número de teléfono celular , número de teléfono del trabajo, y dirección de correo electrónico . Entiendo que esto es muy importante para que yo pueda poner en contacto con respecto a mi cuidado de los ojos y de mis necesidades ópticas del desgaste del ojo .

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO** . La dirección de correo electrónico que usted proporciona a continuación sólo se utilizará para fines tales como que le proporciona la educación del paciente , en el consultorio avisos profesionales, tales como recordatorios de citas y recuerda , boletines de noticias , especiales sobre exámenes de la vista y los bienes y servicios ópticos. Mi correo electrónico primaria es \_\_\_\_\_

**Refracción.** Una de las partes más importantes de su examen de la vista es la refracción . Esa es la parte del examen por el cual podemos determinar si se le puede ayudar de alguna manera por una nueva receta gafas. **REFRACCION** se refiere a cómo se doblan las ondas de luz a medida que pasan a través de la córnea y la lente . Una evaluación de la refracción ayuda a determinar una receta de lentes correctivos que le dará una visión más nítida. Un médico o un técnico puede utilizar una técnica llamada retinoscopia . En este procedimiento, que brillan a la luz en el ojo y medir el error de refracción mediante la evaluación del movimiento de la luz reflejada por la retina. Luego afinar esa evaluación refracción pidiéndole que mirar a través de un Phoropter , un dispositivo similar a una máscara que contiene ruedas de diferentes lentes y juzgar qué combinación le da la visión más nítida. Al repetir este paso varias veces , son capaces de encontrar los lentes que le dan la mayor agudeza posible. También es como determinamos la mejor agudeza visual y la función del ojo , que es la información médica esencial tener al evaluar los ojos y detectar problemas . Entiendo que sin la refracción mi médico no puede ser capaz de evaluar plenamente la salud y la función de mis ojos. También entiendo que la mayoría de los planes de seguros consideran una refracción de un servicio de "visión" no es un servicio " médico" , por lo tanto, entiendo que una refracción no es un servicio cubierto por Medicare y la mayoría de las otras compañías de seguros y es mi responsabilidad de pagar por la refracción en el momento del servicio. **El costo de la refracción es de \$45.** A menos que mi plan cubre automáticamente el cargo refracción, esta tasa se aplica en el momento del servicio , además de cualquier co - pago mi plan puede requerir . Acepto la plena responsabilidad financiera por el costo de este servicio y entiendo que es debido al tiempo de servicio. Entiendo que cualquier copago, coseguro o deducible que pueda tener son independientes y no están incluidos en la cuota de refracción.

**CONTACTAR CON LENTE DE EVALUACIÓN** . Entiendo que si soy paciente lleva lentes de contacto , durante mi visita al médico una evaluación de lentes de contacto se puede realizar para comprobar la salud de los ojos y mirar para los efectos adversos de las lentes de contacto . También entiendo que esto puede no ser un servicio cubierto por Medicare , Medicaid y la mayoría de las otras compañías de seguros . **La tarifa de \$ 30 por este servicio proporcionado por mi Columbus Eye Associates Doctor es mi responsabilidad de pagar en el momento del servicio.** También entiendo que puede haber un cargo por despacho independiente encargado por Colón óptico que puede ser mi responsabilidad. ¿Por qué hay una tarifa de evaluación de lentes de contacto , además de la tasa de examen oftalmológico estándar ? Contacte con pacientes de lentes requieren pruebas adicionales y de seguimiento más allá de lo que se hace durante un examen ocular de rutina. Las lentes de contacto son dispositivos médicos y, aunque pueden sentirse bien , hay riesgos para la salud que deben ser tomados en serio. Con el fin de renovar su receta de lentes de contacto, su médico puede necesitar realizar pruebas que no son parte de un examen oftalmológico estándar con una periodicidad anual . Las pruebas que se pueden realizar son :

- examen con lámpara de hendidura microscopio de la lente de contacto en el ojo para comprobar el ajuste del objetivo.
- microscopio con lámpara de hendidura examen de los tejidos córnea, conjuntiva y párpados.
- refracción lente de contacto para determinar la potencia receta de lentes de contacto correcta ( prescripciones de lentes de contacto son diferentes de las prescripciones de la lente ) .
- Revisar los nuevos diseños de lentes y materiales que pueden mejorar la comodidad y / o de salud .
- topografía de la córnea , un mapa digital del color de la superficie de la córnea para controlar la forma y la curvatura , que puede ser afectado por el uso de lentes de contacto .

**PROVEEDOR PARTICIPANTE Y PARTICIPAR CENTRO LOCALIDAD.** Entiendo que es mi responsabilidad de determinar si el doctor que reciben servicios de la ubicación de las instalaciones donde recibí de los servicios es un proveedor participante en mi red de mi seguro , y también mi responsabilidad de proporcionar siempre la copia más actual

de mi seguro tarjeta en cada visita. Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros para pagar el producto de los beneficios debido mí, directamente a Columbus Eye Associates y / o Columbus óptico . También autorizo a Columbus Eye Associates y / o Columbus óptico para liberar toda la información necesaria para procesar esta tarea de la reivindicación . Entiendo que Columbus Eye Associates y / o Columbus óptica están obligados a presentar la información de mi reclamación a mi compañía de seguros si están bajo contrato con ellos.

**CONSENTIMIENTO DEL EXAMEN Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA.** Doy mi consentimiento para el examen y / o tratamiento de mí mismo o como padre / tutor del paciente nombrado en este formulario . Reconozco y entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados a mí. A pesar de que puede haber pedido que mi factura de mi seguro médico , entiendo que es mi responsabilidad para asegurarse de que se paga la factura . Yo entiendo que si yo tengo Medicare , Medicaid y / o de otra compañía de seguros que soy financieramente responsable del pago de los exámenes y / o artículos de óptica que no son un beneficio cubierto.

CARGOS formulario. Entiendo que puede haber un cargo formulario para llenar formularios adicionales para las compañías de seguros. Si el formulario es requerido por una compañía de seguros de salud o por una agencia estatal o federal por discapacidad, etc , no voy a ser responsable de un cargo formulario. Sin embargo , si el formulario es para uso personal y no se asocia con un examen , o si es una forma de seguro de vida , o en forma de incapacidad personal , entiendo que seré responsable de la carga de forma \$ 10 por formulario.

GOTAS dilatación . Entiendo que gotas de dilatación se utilizan para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos para permitir a los médicos para obtener una mejor visión del interior de mis ojos. Entiendo que gotas para dilatar frecuentemente empañan la visión durante un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes que le cause molestia . También entiendo que no es posible para los médicos y el personal de Columbus Eye Associates para predecir cuánto se verá afectada mi visión. Debido a conducir puede ser difícil inmediatamente después de mi examen , entiendo que es mejor si hago arreglos no conducir yo. Entiendo que las reacciones adversas , como el glaucoma agudo de ángulo cerrado , se pueden desencadenar de las gotas de dilatación y que esto es extremadamente raro y se puede tratar con la atención médica inmediata . Entiendo que la gotas para los ojos utiliza para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos puede ser necesaria para diagnosticar mi enfermedad , por lo tanto , autorizo a los médicos y / o personal en Columbus Eye Associates para administrar gotas para dilatar los ojos cada vez que se examinan los ojos a menos que yo declino de que se dilate .

**\*\* SERVICIOS DE VISION RUTINARIA O SERVICIOS DE VISION \*\*** Entiendo que los servicios oftalmológicos de rutina (como los exámenes anuales de la vista , lentes de contacto con los exámenes , póngase en contacto con las evaluaciones de lentes , monturas , lentes y / o lentes de contacto, etc . ) Se pagará en el momento del servicio, a menos que haya un beneficio de la vista disponibles en mi plan de seguro. También entiendo que para mis exámenes de la vista para ser un " examen de rutina " No puedo presentar cualquier queja, problema o diagnóstico , excepto las relativas a la recepción de unas gafas o lentes de contacto (como miopía, hipermetropía , etc . ) . Entiendo que si me han referido a los médicos en Columbus Eye Associates por otro médico para obtener un diagnóstico médico, diagnosticado previamente con un diagnóstico médico, o durante mi evaluación del médico documenta un diagnóstico médico que pueda afectar la salud de los ojos (por ejemplo, como ojos secos , diabetes, hipertensión , cataratas, glaucoma , etc . ) entonces mis exámenes de la vista serán considerados un examen médico de los ojos no es un examen de rutina . Entiendo que los exámenes oculares de rutina son facturables a los Planes de Seguro de Visión y Exámenes de la vista médicos son facturables a los planes de seguro médico de salud . Si no tengo un plan de seguro de la vista de rutina, estoy de acuerdo en hacer el pago completo para mis exámenes de la vista y el orden de artículos de óptica en el momento de realizar el pedido . Si tengo un plan de seguro de la vista de rutina, estoy de acuerdo en hacer el pago completo en el momento en que recibo mis exámenes de la vista y cuando hago mi pedido artículos de óptica de cualquier cantidad que se considera mi responsabilidad por mi plan de seguro de visión . Si tengo un beneficio de la vista disponibles en mi seguro de visión planificar Autorizo Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados a solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados por ellos. También cedo mis beneficios y solicitar que todos los pagos de mi plan de seguro de visión pueden hacer directamente a Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados . Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad por el pago total de cualquier cantidad que no está cubierto por mi plan de seguro de visión . Entiendo que Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados no puedo garantizar lo que mis beneficios de plan de seguro de visión son hasta que mi plan de seguro de visión ha procesado mi reclamo . Como resultado de ello , entiendo que Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados no son responsables de determinar qué beneficios de mi plan de seguro de visión son . Entiendo que es mi responsabilidad determinar si Columbus Eye Associates y Columbus Optical

Company y sus médicos asociados y la ubicación de las instalaciones donde se reciben los servicios o los bienes son de un proveedor participante en mi plan de seguro de la vista y que es mi responsabilidad de proporcionar a Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados mi copia más actual de mi tarjeta de seguro de visión . Entiendo que Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados pueden estar obligadas a presentar la información de mi solicitud a mi plan de seguro de visión si tienen un acuerdo con mi plan de seguro de visión . Yo certifico que la información que he proporcionado a Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados con respecto a mi cobertura es correcta . Además, autorizo a Columbus Eye Associates y Columbus Optical Company y sus médicos asociados a liberar a mi plan de seguro de la vista y sus agentes cualquier información relacionada con este o cualquier reclamación relacionada.

**PROTOCOLO PARA LA RESOLUCIÓN DE QUEJAS DE LOS BENEFICIARIOS DE MEDICARE**

El paciente tiene el derecho a expresar libremente quejas y recomendar cambios en la atención o los servicios sin temor a represalias o interrupción injustificada de servicios. Servicio , equipos y facturación quejas serán comunicadas a la administración y la gestión superior. Estas quejas serán documentadas en los beneficiarios Queja Iniciar Medicare y formularios incluirán el nombre del paciente , dirección, número de teléfono, un resumen de la queja, la fecha en que fue recibido , el nombre de ' la persona que recibe se queja, y Resumen de las medidas adoptadas para resolver la queja . Todas las quejas serán manejadas de manera profesional . Se investigarán todas las denuncias registradas, actuar en consecuencia , y respondieron por escrito o por teléfono por un gerente dentro de un tiempo razonable después de la recepción de la queja. Si no hay solución satisfactoria de la queja, el siguiente nivel de gestión se notificará progresivamente y hasta el presidente o dueño de la empresa . El paciente será informado de este protocolo de resolución de quejas en el momento de la puesta en marcha del servicio.

\*\*\*\*\*

**ANTES DE LAS CITAS FUTURAS, EL PACIENTE RECIBIRA UN AVISO POR MENSAGE DE TEXTO,**

**EL NUMERO DE TELEFONO CELULAR PREFERIDO ES ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**

**Tengo que optar por declinar esta opción.**

**Imprima Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD POR ENCIMA DE,**

**Imprima Nombre del padre / tutor del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre / tutor del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



Quality Eye Care Since 1953

# COLUMBUS EYE ASSOCIATES

Your Source for...  
Comprehensive Eye Care  
Fashionable Eye Wear

Todd Hovis, M.D. \* Lori Learned, M.D. \* Arun Nayar, M.D. \* John Wooten, M.D. \* Nicole Noska, O.D. \* Keith Bourgeois, M.D. \* John Miller, M.D.

## Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido una copia del Columbus Eye Associates y Columbus Optical Aviso de Prácticas de Privacidad con la fecha efectiva de May 10, 2017.

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

\_\_\_\_\_  
Firme del Paciente o del Padre /representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si representante del paciente, relación al paciente

**Columbus Office**  
100 Sweetbriar Dr  
Columbus, Texas 78934  
979-732-5771 – Telephone  
979-732-6922 – Fax  
800-460-EYES (3937) - Toll Free

**Methodist West Office**  
18300 Katy Freeway Ste 415  
Houston, Texas 77094  
281-829-EYES (3937) – Telephone  
281-829-0599 – Fax

**La Grange Office**  
124 N. Washington  
La Grange, Texas 78945  
979-968-3953 – Telephone  
979-968-3435 – Fax

**Sealy Office**  
2879 Hwy 36 South  
Sealy, Texas 77474  
979-885-0665 - Telephone  
979-885-4110 – Fax



Quality Eye Care Since 1953

# COLUMBUS EYE

---

## A S S O C I A T E S

---

Your Source for...

Comprehensive Eye Care

Fashionable Eye Wear

---

Todd Hovis, M.D. \* Lori Learned, M.D. \* Arun Nayar, M.D. \* John Wooten, M.D. \* Nicole Noska, O.D. \* Keith Bourgeois, M.D. \* John Miller, M.D.

---

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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 at Columbus Eye Associates and Columbus Optical value our relationship with you, and we take your personal privacy seriously. Our goal is to take appropriate steps to attempt to safeguard any medical or other personal information that is provided to us. The Privacy Rule under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA") requires us to: (i) maintain the privacy of medical information provided to us; (ii) provide notice of our legal duties and privacy practices; and (iii) abide by the terms of our Notice of Privacy Practices currently in effect.

### WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE

This notice describes the practices of our employees and staff as well as other associated individuals or entities that will be following this notice. This notice applies to all of these individuals, entities, associated with Columbus Eye Associates and Columbus Optical at all of their locations located in Texas. In addition, these individuals, entities, and locations may share medical information with each other for treatment, payment and health care operation purposes described in this notice.

### INFORMATION COLLECTED ABOUT YOU

In the ordinary course of receiving treatment and health care services from us, you will be providing us with personal information such as:

- Demographic and contact information such as your name, address, home phone number, cell phone number, primary email, secondary email, social security number, date of birth, etc..
- Information relating to your medical history.
- Information relating to your insurance and coverage.
- Information concerning your doctor, nurse or other medical providers.
- Information relating to your glasses or contact lenses.

In addition, we will gather certain medical information about you and will create a record of the care provided to you. Some information also may be provided to us by other individuals or organizations that are part of your "circle of care"- such as the referring physician, your other doctors, your health plan, and close friends or family members.

### HOW WE MAY USE AND DISCLOSE INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose personal and identifiable health information about you for a variety of purposes. All of the types of uses and disclosures of information are described below, but not every use or disclosure in a category is listed.

**Required Disclosures.** We are required to disclose health information about you to the Secretary of Health and Human Services, upon request, to determine our compliance with HIPAA and to you, in accordance with your right to access and right to receive an accounting of disclosures, as described below.

**For Treatment.** We may use health information about you in your treatment. For example, we may use your medical history, such as any presence or absence of diabetes, to assess the health of your eyes.

**For Payment.** We may use and disclose health information about you to bill for our services and to collect payment from you or your insurance company. For example, we may need to give a payer information about your current medical condition so that it will pay us for the

---

#### **Columbus Office**

100 Sweetbriar Dr  
Columbus, Texas 78934  
979-732-5771 – Telephone  
979-732-6922 – Fax  
800-460-EYES (3937) - Toll Free

#### **Methodist West Office**

18300 Katy Freeway Ste 415  
Houston, Texas 77094  
281-829-EYES (3937) – Telephone  
281-829-0599 – Fax

#### **La Grange Office**

124 N. Washington  
La Grange, Texas 78945  
979-968-3953 – Telephone  
979-968-3435 – Fax

#### **Sealy Office**

2879 Hwy 36 South  
Sealy, Texas 77474  
979-885-0665 - Telephone  
979-885-4110 – Fax





# COLUMBUS EYE

---

## A S S O C I A T E S

---

Your Source for...  
Comprehensive Eye Care  
Fashionable Eye Wear

---

Todd Hovis, M.D. \* Lori Learned, M.D. \* Arun Nayar, M.D. \* John Wooten, M.D. \* Nicole Noska, O.D. \* Keith Bourgeois, M.D. \* John Miller, M.D.

---

eye examinations or other services that we have furnished you. We may also need to inform your payer of the treatment you are going to receive in order to obtain prior approval or to determine whether the service is covered.

For Health Care Operations. We may use and disclose information about you for the general operation of our business. For example, we sometimes arrange for auditors or other consultants to review our practices, evaluate our operations, and tell us how to improve our services. Or, for example, we may use and disclose your health information to review the quality of services provided to you.

Public Policy Uses and Disclosures. There are a number of public policy reasons why we may disclose information about you, which are described below.

We may disclose health information about you when we are required to do so by federal, state, or local law.

We may disclose protected health information about you in connection with certain public health reporting activities.

We may disclose protected health information about you in connection with certain public health reporting activities. For instance, we may disclose such information to a public health authority authorized to collect or receive PHI for the purpose of preventing or controlling disease, injury or disability, or at the direction of a public health authority, to an official of a foreign government agency that is acting in collaboration with a public health authority. Public health authorities include state health departments, the Center for Disease Control, the Food and Drug Administration, the Occupational Safety and Health Administration and the Environmental Protection Agency, to name a few.

We are also permitted to disclose protected health information to a public health authority or other government authority authorized by law to receive reports of child abuse or neglect. Additionally we may disclose protected health information to a person subject to the Food and Drug Administration's power for the following activities: to report adverse events, product defects or problems, or biological product deviations; to track products; to enable product recalls, repairs or replacements; or to conduct post marketing surveillance. We may also disclose a patient's health information to a person who may have been exposed to a communicable disease or to an employer to conduct an evaluation relating to medical surveillance of the workplace or to evaluate whether an individual has a work-related illness or injury.

We may disclose a patient's health information where we reasonably believe a patient is a victim of abuse, neglect or domestic violence and the patient authorizes the disclosure or it is required or authorized by law.

We may disclose health information about you in connection with certain health oversight activities of licensing and other health oversight agencies, which are authorized by law. Health oversight activities include audit, investigation, inspection, licensure or disciplinary actions, and civil, criminal, or administrative proceedings or actions or any other activity necessary for the oversight of 1) the health care system, 2) governmental benefit programs for which health information is relevant to determining beneficiary eligibility, 3) entities subject to governmental regulatory programs for which health information is necessary for determining compliance with program standards, or 4) entities subject to civil rights laws for which health information is necessary for determining compliance.

We may disclose your health information as required by law, including in response to a warrant, subpoena, or other order of a court or administrative hearing body or to assist law enforcement identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person. Disclosures for law enforcement purposes also permit use to make disclosures about victims of crimes and the death of an individual, among others.

We may release a patient's health information (1) to a coroner or medical examiner to identify a deceased person or determine the cause of death and (2) to funeral directors. We also may release your health information to organ procurement organizations, transplant centers, and eye or tissue banks, if you are an organ donor.

We may release your health information to workers' compensation or similar programs, which provide benefits for work-related injuries or

---

**Columbus Office**

100 Sweetbriar Dr  
Columbus, Texas 78934  
979-732-5771 – Telephone  
979-732-6922 – Fax  
800-460-EYES (3937) - Toll Free

**Methodist West Office**

18300 Katy Freeway Ste 415  
Houston, Texas 77094  
281-829-EYES (3937) – Telephone  
281-829-0599 – Fax

**La Grange Office**

124 N. Washington  
La Grange, Texas 78945  
979-968-3953 – Telephone  
979-968-3435 – Fax

**Sealy Office**

2879 Hwy 36 South  
Sealy, Texas 77474  
979-885-0665 - Telephone  
979-885-4110 – Fax



# COLUMBUS EYE

---

## A S S O C I A T E S

---

Your Source for...  
Comprehensive Eye Care  
Fashionable Eye Wear

---

Todd Hovis, M.D. \* Lori Learned, M.D. \* Arun Nayar, M.D. \* John Wooten, M.D. \* Nicole Noska, O.D. \* Keith Bourgeois, M.D. \* John Miller, M.D.

---

illnesses without regard to fault.

Health information about you also may be disclosed when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of others.

We may use or disclose certain health information about your condition and treatment for research purposes where an Institutional Review Board or a similar body referred to as a Privacy Board determines that your privacy interests will be adequately protected in the study. We may also use and disclose your health information to prepare or analyze a research protocol and for other research purposes.

If you are a member of the Armed Forces, we may release health information about you for activities deemed necessary by military command authorities. We also may release health information about foreign military personnel to their appropriate foreign military authority.

We may disclose your protected health information for legal or administrative proceedings that involve you. We may release such information upon order of a court or administrative tribunal. We may also release protected health information in the absence of such an order and in response to a discovery or other lawful request, if efforts have been made to notify you or secure a protective order.

If you are an inmate, we may release protected health information about you to a correctional institution where you are incarcerated or to law enforcement officials in certain situations such as where the information is necessary for your treatment, health or safety, or the health or safety of others.

Finally, we may disclose protected health information for national security and intelligence activities and for the provision of protective services to the President of the United States and other officials or foreign heads of state.

Our Business Associates. We sometimes work with outside individuals and businesses that help us operate our business successfully. We may disclose your health information to these business associates so that they can perform the tasks that we hire them to do. Our business associates must promise that they will respect the confidentiality of your personal and identifiable health information.

Disclosures to Persons Assisting in Your Care or Payment for Your Care. We may disclose information to individuals involved in your care or in the payment for your care. This includes people and organizations that are part of your "circle of care" -- such as your spouse, your other doctors, or an aide who may be providing services to you. We may also use and disclose health information about a patient for disaster relief efforts and to notify persons responsible for a patient's care about a patient's location, general condition or death. Generally, we will obtain your verbal agreement before using or disclosing health information in this way. However, under certain circumstances, such as in an emergency situation, we may make these uses and disclosures without your agreement.

Appointment Reminders. We may use and disclose medical information in order to contact you about an appointment, or that you should schedule an appointment, or that your glasses or contact lenses are ready.

Treatment Alternatives. We may use and disclose your personal health information in order to contact you about or recommend possible treatment options, alternatives or health-related services that may be of interest to you.

### OTHER USES AND DISCLOSURES OF PERSONAL INFORMATION

We are required to obtain written authorization from you for any other uses and disclosures of medical information other than those described above. If you provide us with such permission, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose personal information about you for the reasons covered by your written authorization, except to the extent we have already relied on your original permission.

---

#### **Columbus Office**

100 Sweetbriar Dr  
Columbus, Texas 78934  
979-732-5771 – Telephone  
979-732-6922 – Fax  
800-460-EYES (3937) - Toll Free

#### **Methodist West Office**

18300 Katy Freeway Ste 415  
Houston, Texas 77094  
281-829-EYES (3937) – Telephone  
281-829-0599 – Fax

#### **La Grange Office**

124 N. Washington  
La Grange, Texas 78945  
979-968-3953 – Telephone  
979-968-3435 – Fax

#### **Sealy Office**

2879 Hwy 36 South  
Sealy, Texas 77474  
979-885-0665 - Telephone  
979-885-4110 – Fax



# COLUMBUS EYE

---

## A S S O C I A T E S

---

Your Source for...  
Comprehensive Eye Care  
Fashionable Eye Wear

---

Todd Hovis, M.D. \* Lori Learned, M.D. \* Arun Nayar, M.D. \* John Wooten, M.D. \* Nicole Noska, O.D. \* Keith Bourgeois, M.D. \* John Miller, M.D.

---

### INDIVIDUAL RIGHTS

You have the right to ask for restrictions on the ways we use and disclose your health information for treatment, payment and health care operation purposes. You may also request that we limit our disclosures to persons assisting your care or payment for your care. We will consider your request, but we are not required to accept it.

You have the right to request that you receive communications containing your protected health information from us by alternative means or at alternative locations. For example, you may ask that we only contact you at home or by mail.

Except under certain circumstances, you have the right to inspect and copy medical, billing and other records used to make decisions about you. If you ask for copies of this information, we may charge you a fee for copying and mailing.

If you believe that information in your records is incorrect or incomplete, you have the right to ask us to correct the existing information or add missing information. Under certain circumstances, we may deny your request, such as when the information is accurate and complete.

You have a right to receive a list of certain instances when we have used or disclosed your medical information. We are not required to include in the list uses and disclosures for your treatment, payment for services furnished to you, our health care operations, disclosures to you, disclosures you give us authorization to make and uses and disclosures before April 14, 2003, among others. If you ask for this information from us more than once every twelve months, we may charge you a fee.

You have the right to a copy of this notice in paper form. You may ask us for a copy at any time.

To exercise any of your rights, please contact Stacie Sims in writing at 100 Sweetbriar, Columbus, Texas, 78934.

When making a request for amendment, you must state a reason for making the request.

### CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to make changes to this notice at any time. We reserve the right to make the revised notice effective for personal health information we have about you as well as any information we receive in the future. In the event there is a material change to this notice, the revised notice will be posted. In addition, you may request a copy of the revised notice at any time.

### COMPLAINTS/COMMENTS

If you have any complaints concerning our privacy practices, you may contact the Secretary of the Department of Health and Human Services, at 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 (e-mail: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)).

You also may contact Stacie Sims at Columbus Eye Associates & Columbus Optical, at 100 Sweetbriar, Columbus, Texas 78934.

### **YOU WILL NOT BE RETALIATED AGAINST OR PENALIZED BY US FOR FILING A COMPLAINT.**

To obtain more information concerning this notice, you may contact our Privacy Officer, Stacie Sims at Columbus Eye Associates & Columbus Optical, 100 Sweetbriar, Columbus, Texas 78934.

This notice is effective as of May 10, 2017.

---

#### **Columbus Office**

100 Sweetbriar Dr  
Columbus, Texas 78934  
979-732-5771 – Telephone  
979-732-6922 – Fax  
800-460-EYES (3937) - Toll Free

#### **Methodist West Office**

18300 Katy Freeway Ste 415  
Houston, Texas 77094  
281-829-EYES (3937) – Telephone  
281-829-0599 – Fax

#### **La Grange Office**

124 N. Washington  
La Grange, Texas 78945  
979-968-3953 – Telephone  
979-968-3435 – Fax

#### **Sealy Office**

2879 Hwy 36 South  
Sealy, Texas 77474  
979-885-0665 - Telephone  
979-885-4110 – Fax