

LEA DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO*. ESTE DOCUMENTO TIENE CONSECUENCIAS LEGALES, AFECTARÁ A SUS DERECHOS LEGALES Y LIMITARÁ O ELIMINARÁ SU CAPACIDAD DE PRESENTAR ACCIONES LEGALES FUTURAS.

Firmando este formulario, doy mi consentimiento por este medio para recibir un examen de la visión completo O intermedio, y, si se me receta, servicios de lentes y montura mediante el Programa de clínicas móviles Eyes of Hope.

Firmando este formulario, también autorizo y doy mi consentimiento voluntario para la recogida, el uso y la revelación por parte de VSP de cierta información médica del paciente para fines de tratamiento, pago** y operativos de atención médica. Esto incluye, entre otros, la revelación y uso por proveedores externos de atención médica a quienes me puedan remitir o con quien VSP o yo podamos consultar sobre mi salud. Entiendo que no hay un vencimiento para esta autorización y consentimiento para información médica, que tengo derecho a revocar esta autorización y consentimiento, a menos que se haya tomado alguna medida basándose en los mismos.

Certifico que tengo edad legal y que leí y entiendo este formulario, y que este formulario se ejecutó voluntariamente en la fecha que se indica abajo.

Firma del paciente O del padre/madre/tutor _____

Nombre legal en letra de molde del paciente _____

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor _____

Relación con el paciente _____

Fecha ____/____/____

*Servicios de asistencia para el idioma: Si habla otro idioma, los servicios de asistencia en distintos idiomas están disponibles para usted gratis. Llame al 1.800.877.7195 (TTY: 1.800.428.4833) o visite globaleyeshofhope.com.

**Todos los servicios que se le presten hoy mediante la clínica móvil de VSP Eyes of Hope son sin costo para usted.

Programa de clínicas móviles Formulario de autorización para medios de comunicación

Por la presente, autorizo a Vision Service Plan, nombre comercial VSP Vision (“VSP®”), y sus subsidiarias y afiliadas, el derecho y permiso absoluto e irrevocable para usar mi imagen e información, en relación con fotos, videos, testimonios dados e **información médica protegida y anónima** (o la información anónima sobre el tratamiento, condición médica o temas relacionados, de mi hijo o de una persona de la que soy tutor).

Esta autorización incluye el derecho y permiso ilimitados para usar, reutilizar, distribuir, publicar y republicar, total o parcialmente, mis testimonios, declaraciones o imágenes, e información y los de la persona de la que soy tutor relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y los servicios de atención médica dados o que se darán, y **que SOLO identifica mi nombre y ciudad/pueblo/estado o el nombre y ciudad/pueblo/estado de la persona de la que soy tutor (lo que anonimiza la información médica personal)**, en cualquier medio electrónico, de difusión, impreso o de cualquier otro tipo, incluyendo todos los sitios web, blogs y plataformas de redes sociales que VSP mantiene, opera o con los que está afiliado en relación con sus actividades publicitarias o de relaciones con los medios de comunicación asociadas a su negocio.

- A. Por la presente, doy permiso para los derechos de mi imagen, semejanza y sonido de mi voz como se graba en audio, foto o video sin pago ni ninguna otra contraprestación. Entiendo que mi imagen puede ser editada, copiada, exhibida, publicada, reproducida o distribuida con fines promocionales en sitios web, materiales complementarios o redes sociales, y renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado en el que aparece mi imagen.
- B. Las grabaciones fotográficas, testimoniales, de audio o de video podrán usarse para los siguientes fines:
- Presentaciones en conferencias.
 - Presentaciones o cursos educativos.
 - Presentaciones informativas de productos y servicios de VSP.
 - Cursos educativos en línea.
 - Publicaciones en redes sociales.
 - Videos educativos y de VSP.
 - Materiales de marketing y colaterales de VSP.
 - Comerciales de VSP.
- C. Entiendo que este permiso significa que grabaciones fotográficas o de video más pueden mostrarse electrónicamente mediante Internet o en el entorno educativo público. Libero a VSP, sus afiliados y subsidiarias, y a sus empleados y todas las personas involucradas de cualquier responsabilidad relacionada con la toma, grabación, digitalización o publicación y uso de entrevistas, fotos, imágenes de computadora, videos o grabaciones de sonido. No hay límite de tiempo sobre la validez de este comunicado ni hay ninguna limitación geográfica sobre dónde pueden distribuirse estos materiales.

- D. Renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación que surja o esté relacionada con el uso de mi imagen o grabación. Acepto renunciar a todos los derechos a cualquier reclamo de pago o regalías en relación con cualquier uso, exhibición, transmisión u otra publicación de estos materiales, independientemente del propósito o patrocinio de dicho uso, exhibición, transmisión u otra publicación, independientemente de si se cobra una tarifa de ingreso o patrocinio.

- E. Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquier foto, video o grabación de audio tomada por VSP o la conferencia o evento en el que estoy participando.

- F. Entiendo que esta autorización excluye cualquier información relacionada con el abuso de sustancias, la salud mental o el diagnóstico/tratamiento del VIH y no contendrá ninguna información médica personal en ninguna combinación que pueda quebrantar las leyes de privacidad HIPAA o HITECH.

Reconozco que leí y entiendo por completo la exención de responsabilidad de arriba y acepto estar sujeto a ella. Por la presente, libero a cualquier persona o VSP que use este material con fines promocionales y educativos.

Nombre legal completo en letra de molde del paciente o tutor _____

Firma del paciente o tutor _____

Fecha _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

El paciente o tutor se niega a autorizar esta revelación

A partir del 27 de junio de 2024, la FTC dio a conocer una resolución que obliga a los proveedores que recetan que le pidan al paciente que firme una declaración de confirmación de que recibió su receta. Deben entregarle una copia de la receta después de completar cualquier examen refractivo de la vista, ya sea que el paciente la pida o no, y antes de tratar de vender o dar al paciente anteojos o lentes de contacto.

La entrega digital de dicha receta también necesita confirmación de recibo y también deberá hacerse inmediatamente después del examen de la vista y antes de tratar de vender o dar al paciente anteojos o lentes de contacto.

Se guardará una copia del acuse de recibo de la receta durante tres años. La firma de abajo confirma que le entregamos una copia de su receta en formato digital o en papel después de completar su examen de la vista.

Yo, el que suscribe, reconozco que me entregarán una copia de mi receta después de completar mi examen de la vista, ya sea digitalmente o por copia impresa.

Firma del paciente O del padre/madre/tutor _____

Nombre del paciente en letra de molde _____

Teléfono del paciente _____ **Dirección de correo electrónico del paciente** _____

Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde _____

Relación con el paciente _____

Fecha de firma _____

Rev. 7-2024

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y REVELAR, Y CÓMO USTED PUEDE CONSULTAR ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de las obligaciones que tenemos para ayudarlo.

Ejercer sus derechos: Puede ejercer cualquiera de los derechos de abajo visitando la página de los Derechos del paciente o completando el Formulario de quejas/quejas formales de miembros que encontrará en es.vsp.com, o llamando a Servicios para miembros al **800.877.7195**.

Derechos del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Acceso: Puede ver u obtener una copia de su expediente médico y de reclamos, y otra información médica que tenemos sobre usted.• Cambios: Puede pedirnos que corrijamos su expediente médico y de reclamos si cree que están incorrectos o incompletos.• Comunicación confidencial: Puede pedirnos que le enviemos directamente su información médica protegida a una dirección alternativa.• Restricciones: Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica de tratamiento, pago (procesar los reclamos de los pacientes no tiene ningún costo), o de nuestras operaciones.• Historia de revelaciones: Puede pedir una lista de las veces que compartimos su información médica.• Nombramiento de un representante: Si le dio un poder médico a alguien o si tiene un tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
-----------------------	---

SUS DECISIONES

Para cierta información médica, usted puede elegir qué compartimos. Si prefiere que compartamos información de cierta manera para las situaciones descritas abajo, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y el poder de decisión de decirnos que:	<ul style="list-style-type: none">• Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participen en el pago de su atención médica.• Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.• Si no puede decirnos qué es lo que quiere que hagamos, podremos compartir su información cuando sea necesario para aminorar cualquier amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.• VSP Vision™ nunca vende su información ni la comparte para fines comerciales, a menos que usted nos dé su autorización por escrito.
--	--

NUESTROS USOS Y REVELACIONES

¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente? Normalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

La usamos y revelamos para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento: Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que lo están tratando.• Pago: Eyes of Hope/clínicas móviles envían reclamos sin costo a los pacientes para ayudarnos a mejorar y hacer un seguimiento de los servicios de atención médica y para fines de auditoría.• Operaciones de atención médica: Podemos usar y revelar su información para manejar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
--	--

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica? Tenemos permitido o es necesario compartir su información de otras formas, normalmente para contribuir con el bien común, como para fines de salud pública e investigación, pero también para contestar demandas y acciones legales. Tenemos que cumplir muchas condiciones de ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite [hhs.gov](https://www.hhs.gov) > Privacidad de la información médica, Sus derechos según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA).

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Aviso de violación de seguridad: Lo informaremos inmediatamente si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia del mismo.
- Derecho a una revocación: Si nos dice que podemos compartir su información de una forma distinta a las incluidas en este Aviso, puede cambiar su decisión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia su decisión.
- Para obtener más información, visite [hhs.gov](https://www.hhs.gov) y consulte el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

NOTAS ESPECIALES

- VSP® no recoge información genética y tiene prohibido usar o revelar información genética con fines de suscripción.
- VSP no usa información médica protegida para fines de investigación.
- VSP no recoge los registros de tratamientos de abuso de sustancias y nunca compartirá los expedientes de tratamientos de abuso de sustancias sin su autorización por escrito.
- VSP obedecerá las leyes estatales y federales más estrictas cuando así corresponda.
- Declaración de no discriminación: VSP cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.
- Revisiones del aviso: Podemos cambiar los términos de este Aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y lo informaremos por correo o email.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

VSP Vision, Atención: Privacy Specialist, 3333 Quality Drive, MS-163, Rancho Cordova CA 95670, 916.858.7432, HIPAA@vsp.com

El Aviso de prácticas de privacidad (“Aviso”) del Programa de clínicas móviles (Mobile Clinics Program) de VSP Vision™ Eyes of Hope® da información sobre cómo Vision Service Plan (“VSP”) puede recoger, usar y revelar la información médica del paciente. Yo, el paciente (o el padre, madre o tutor legal del paciente), reconozco que tengo derecho a revisar el Aviso antes de firmar este Formulario de consentimiento. Firmando abajo, reconozco que recibí y revisé el Aviso. Si el paciente es mi hijo o una persona de la que soy tutor legal, las referencias a “yo”, “mí”, “mío” o términos similares, incluyen la referencia a mi hijo o a la persona de la que soy tutor.

Firmando abajo, reconozco que recibí el Aviso de VSP Vision mediante el Programa de clínicas móviles de VSP Eyes of Hope. El Aviso da información sobre las maneras en que VSP Vision puede usar y revelar mi información médica protegida. Entiendo que este Aviso está sujeto a cambios. El Aviso estará disponible a pedido o en nuestro sitio web.

Firma del paciente O del padre/madre/tutor _____

Nombre legal en letra de molde del paciente _____

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor _____

Relación con el paciente _____

Fecha ____/____/____

PARA USO EXCLUSIVO DE VSP: NO SE OBTUVO EL ACUSE POR ESCRITO

Documente lo que hizo para obtener el acuse de recibo y el motivo por el que no se obtuvo.

- Se entregó el Aviso de prácticas de privacidad – el paciente no puede firmar
- Se entregó el Aviso de prácticas de privacidad – el paciente se negó a firmar
- Se envió el Aviso de prácticas de privacidad y el acuse de recibo al paciente por correo
- Otro motivo por el que el paciente no firmó _____

Firma del representante de VSP _____

Nombre legal en letra de molde _____

Fecha ____/____/____

VSP Vision™ y el programa Eyes of Hope® de VSP® cumple las leyes estatales y federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad. VSP no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad. VSP da gratis:

- Apoyo y servicios a las personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - Información por escrito en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
 - Traductores
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, o cree que VSP no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal:

Para comunicarse con VSP para pedir apoyo y servicios:		
Correo postal de EE. UU.: VSP, Attn: Complaint & Grievance Unit PO Box 997100 Sacramento, CA 95899-7100	En línea: es.vsp.com > Formulario de quejas formales de miembros	Teléfono: 800.877.7195 Lunes a viernes, de 5 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico Sábado, de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico Domingo, de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico Cerrado: Feriados importantes Personas con discapacidad auditiva: 800.428.4833
Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services):		
Correo postal de EE. UU.: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html	Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) en línea: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf	Teléfono: 1-800-868-1019 Personas con discapacidad auditiva: 800-537-7697

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)。

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-877-7195 (телетайп: 1-800-428-4833).

Հայերեն (Armenian)

Ուշադրութեամբ նշուի՝ Եթե խոսուիք հայերէն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակցման անվճար ծախսերը: Ձանգահարեք 1-800-877-7195 (հեռատեղախոսք՝ 1-800-428-4833)։

فارسی (Farsi)

یاردن بایگار تر و صدى اینز تالایست، دنیک می ونگگدی سرافن اینز یو رگا: 4: 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) داتند می مها امتد. با دیرگیب ستما.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤਾਜ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-877-7195 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-428-4833)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, បេសកជំនួយខ្លួនភាសា ហៅ ហៅដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833) ។

ພາສາລາວ (Lao)

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ທາງພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຈະມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-877-7195 (TTY: 1-800-428-4833)

¿Qué tipo de examen de la visión voy a recibir?

En la mayoría de los casos, los médicos de la red de VSP® les hacen un examen completo de la visión a los pacientes que atienden mediante el Programa de clínicas móviles de VSP Vision™ Eyes of Hope®. El examen incluye una evaluación de la salud de los ojos y la visión, que suele incluir la percepción de profundidad, la visión periférica y la reacción de la pupila a la luz.

¿Qué medidas de seguridad se toman en los exámenes de la visión de la clínica móvil?

Puede ver los protocolos de seguridad del Programa de clínicas móviles de VSP Eyes of Hope en línea en mobileclinics.vspeyesofhope.com.

¿Voy a recibir un nuevo par de anteojos, si lo necesito, después de mi examen de la visión?

Después de su examen de la visión, si necesita anteojos y tiene una receta de graduación monofocal de menor graduación, es probable que reciba un nuevo par de anteojos el mismo día de su examen. Si surgen circunstancias imprevistas o tiene una receta más alta o una que necesite lentes bifocales, un laboratorio de VSP le hará sus anteojos sin costo. Recibirá un nuevo par de anteojos en el plazo de unas semanas después de su examen.

¿Recibiré una copia de mi receta?

Sí. Cuando se vaya, le daremos una copia de su receta para anteojos.

¿Qué ocurre si pierdo la receta o si quiero una copia del expediente de mi examen de la visión?

Puede pedir una copia del expediente de su examen de la visión o de su receta para anteojos llamándonos al **800.877.7195**. Durante la llamada, dé su nombre completo, su fecha de nacimiento, su dirección postal, la fecha y el lugar del examen de la visión, y su teléfono o dirección de correo electrónico.

¿Qué debo hacer si mis nuevos anteojos no me quedan bien?

Lleve sus anteojos a la clínica del médico local de VSP, explique dónde los recibió originalmente y pregunte si se los pueden ajustar para que le queden bien. Para encontrar a un médico local de VSP, visite es.vsp.com.

¿Con quién me comunico si tengo preguntas sobre la receta?

Llámenos al **800.877.7195**.

¿Con quién me comunico si mis anteojos se rompieron o se dañaron?

Si recibió unos anteojos rotos o dañados, llámenos al **800.877.7195** en un plazo de sesenta (60) días y lo ayudaremos a recibir un reemplazo. Si rompe o daña sus anteojos después de recibirlos, no podemos darle un reemplazo.

¿Cómo puedo dar comentarios sobre la atención o el servicio que reciba hoy?

Hay dos formas de dar comentarios:

- Visite eyesofhopestory.com en cualquier momento para contarnos cómo mejoró su vida o su experiencia cotidiana después de haber tenido un examen de la visión o después de que VSP Eyes of Hope le haya enviado sus anteojos.
- Una queja formal es una expresión verbal o por escrito de la insatisfacción respecto a VSP o un médico, incluyendo preocupaciones relacionadas con la calidad de la atención, e incluye una queja, una disputa o una solicitud para una reconsideración. Llame al **800.877.7195** o visite es.vsp.com para presentar una queja formal.