

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ___ SSN: ___ - ___ - ___

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____

Sexo: Hombre Hembra Opcional: Raza / etnia _____ Idioma preferido: _____

Dirección: _____ Apt. Nº: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____ (SE
REQUIEREN CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO)

Estado civil (marque con un círculo): Soltero / Casado / Div. / Sep. / Viudo Nombre del cónyuge (si
corresponde): _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Dirección de la
farmacia: _____ Teléfono: _____

Referido por: _____ En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?
_____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

SEGURO DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (Workers Compensation):

Nombre de la compañía: _____ Fecha del incidente: _____

Nombre del Ajustador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Numero de reclamo: _____

SEGURO MÉDICO PRIMARIO:

Persona responsable de la cuenta: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es diferente del paciente): _____

Nombre de compañía de seguro: _____ Dirección de la compañía: _____ Número de
identificación del suscriptor: _____ Grupo #: _____ Copago: \$ _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO:

Persona responsable de la cuenta: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es diferente del paciente): _____

Nombre de compañía de seguro: _____ Dirección de la compañía: _____ Número de
identificación del suscriptor: _____ Grupo #: _____ Copago: \$ _____

SEGURO DE VISION DAVIS:

Persona responsable de la cuenta: _____ Número de SSN del suscriptor: _____

_____ Número de identificación del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es diferente del paciente): _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE: _____

Queja principal: ¿Cuál es el problema principal con su (s) ojo (s) y cuándo notó los síntomas por primera vez o se le informó sobre el diagnóstico?: _____**Historia del OJO (Marque****con un círculo todo lo que corresponda):**

NINGUNA (ambliopía) Lesión ocular Otro: _____

Glaucoma Ojos cruzados (estrabismo) Cirugía Láser

Catarata Degeneración macular Cirugía Operativa

Ojo vago Desprendimiento de retina

SALUD GENERAL (Por favor circule todo lo que corresponda):

NINGUNO Sinusitis / alergias nasales el pecho Cardiopatía reumática Falta de aliento úlcera del hígado

Fiebre Pérdida auditiva Ataque cardíaco Soplo cardíaco Asma Bronquitis Enfermedad del riñón

Pérdida De Peso Boca seca Enfermedad cardíaca congestiva Latidos cardíacos irregulares Enfisema Cálculos renales

Fatiga Angina / Dolor en Presion alta Acidez estomacal, Enfermedad

Otro: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA:

HISTORIA QUIRURGICA:

Historia de fumar:Usted Fuma: **Si/ No**

Si la respuesta es sí:
¿estás tratando de dejarlo? **Si/ no**

HISTORIA FAMILIAR (GENERAL O DEL OJO): _____

Si No: ¿Es usted un ex fumador? **Si/ no**

Medicamentos (Nombres / dosis):

Alergias a los medicamentos (Nombre / reacción):

Por favor, responda si la edad > 65:

Vacuna contra la influenza: sí /no

Vacuna antineumocócica: sí /no

Vacuna contra la culebrilla: sí /no

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del doctor: _____ Fecha: _____

¿Quiere que alguien tenga acceso a su registro médico?

Entiendo que, según la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y hacer un seguimiento entre varios proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones de atención médica normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado de su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta práctica tiene derecho a cambiar este aviso de vez en cuando, y que puedo comunicarme con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones.

El tipo de PHI a restringir o limitar: _____ Doy permiso para hablar sobre mi atención médica con las siguientes personas: _____

_____ Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que tenga que tomar medidas confiando en este consentimiento.

Póliza de tarifas de ajuste de lentes de contacto y refracción (PLANES MÉDICOS)

¿Qué es una refracción? La refracción es una prueba que se realiza para determinar el error de refracción de sus ojos o la necesidad de gafas correctoras y / o lentes de contacto. Es decir, una receta de gafas.

¿Cuándo tengo que pagar por una refracción? La refracción (código CPT 92015) es un servicio no cubierto por Medicare. Como resultado, su proveedor de atención médica está obligado por CMS (el departamento del gobierno federal que controla Medicare) a cobrar por este servicio. La mayoría de los otros planes de seguro siguen las reglas de Medicare. Todos estos planes consideran la refracción un servicio de "visión" y no un servicio "médico". Si tiene un plan de visión separado, háganoslo saber.

¿Cuanto tengo que pagar? Solo se le cobrará una tarifa de refracción si recibe una receta para anteojos o lentes de contacto. **Nuestra tarifa de oficina para la refracción es de \$50. Los costos de ajuste de lentes de contacto varían.** Esto se recopila en el momento del servicio, además de cualquier copago que su plan pueda requerir.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

Poliza Financiera del Paciente

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posibles. Consideramos su comprensión completa de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre la póliza, consulte a uno de los miembros de nuestro personal para obtener más aclaraciones.

- A partir del 1/1/2019, los únicos planes de seguro de asistencia médica aceptados aquí son: VA Medicaid, Anthem Healthkeepers Plus y Optima. Si tiene algún otro programa de asistencia médica como secundario a su seguro primario, usted es responsable de cualquier saldo adeudado.
- **TENGA EN CUENTA:** Ya no facturamos a los planes médicos por refracciones de acuerdo con las pautas de CMS.
- La responsabilidad del paciente se debe pagar en el momento del servicio. Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Facturaremos aquellos planes para los cuales tenemos un acuerdo y solo le solicitaremos que pague la responsabilidad autorizada del paciente en el momento del servicio.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; Los Doctores no están involucrados. Intentamos verificar los beneficios antes de la hora de la cita, pero es su responsabilidad garantizar los beneficios y el estado de su póliza. Es su responsabilidad determinar si el proveedor está dentro o fuera de la red. **Si no formamos parte de la red de su seguro, usted será responsable de todos los cargos de la visita que se deberán pagar en el momento del servicio.**
- No todos los planes son iguales y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan determine que un servicio “no está cubierto”, usted será responsable del cargo completo.
- Algunos planes requieren una Referencia (es decir, planes HMO). Es su responsabilidad obtener la Referencia para sus servicios y confirmar que nuestra oficina recibió la Referencia y que este correcta. Las Referencia para citas deben recibirse al menos 48 horas antes del día de la visita; de lo contrario, la cita se cancelará. Si no se obtiene una referencia o no es precisa, usted es responsable de cualquier monto adeudado.
- Como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro por usted si asigna los beneficios al médico, lo que significa que acepta que su compañía de seguros le pague directamente al médico. Si su compañía de seguros no paga a la clínica dentro de un período de tiempo razonable (dentro de 45 días), usted puede ser responsable.
- **TENGA EN CUENTA:** Si no nos notifica de un cambio de seguro o información precisa del seguro **ANTES DE LA FECHA DE SU CITA**, usted puede ser responsable de cualquier monto no pagado por su compañía de seguros.
- **TENGA EN CUENTA:** Si durante un examen de la vista de rutina, el proveedor considera necesario realizar pruebas médicas adicionales, se le facturarán a su seguro médico por estos cargos adicionales.
- Para todos los servicios realizados a pacientes menores, responsabilizaremos al padre o tutor que acompañe al menor por los gastos. El padre o tutor debe estar presente en el momento de cada cita durante toda la visita.

TARIFAS:

- **TENGA EN CUENTA:** Hay una tarifa de **\$30 por no presentarse por cualquier cita en el consultorio no cancelada o reprogramada al menos 48 horas antes de la fecha programada.** Si reprograma y / o no se presenta más de 3 veces, cobraremos un depósito de \$50. Hay una tarifa no reembolsable de \$300 por no presentarse o cancelar una cirugía o procedimiento médicos que no se cancelen al menos 72 horas antes de la fecha del procedimiento si no se aplican razones no médicas.
- Se cobrará una tarifa de \$15 para obtener una copia de sus registros médicos. Se cobrará una tarifa de \$25 por completar los formularios médicos (es decir, formularios de la vista del DMV). En ciertos casos, puede ser necesaria una visita al consultorio para completar los formularios en el consultorio; de lo contrario, espere hasta 7 días laborales para su procesamiento.
- No podemos ofrecer reembolsos o créditos por visitas, servicios realizados o artículos de venta, Todas las ventas son finales.
- Los reembolsos por transacciones con tarjeta de crédito pueden estar sujetos a una deducción del 3%.
- Los montos que permanezcan pendientes durante más de 90 días se enviarán a una agencia de cobranza de colecciones. Los saldos que se envían a una agencia de cobranza de colecciones estarán sujetos a una tarifa de servicio de hasta el 50% del saldo principal.
- Si recibimos un cheque devuelto de nuestro banco por un pago que realizó, se le facturará el monto original del cheque más una tarifa bancaria de \$35 por cheque. El pago del monto facturado vencerá dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la factura. **NO** volveremos a enviar el cheque rechazado original. Todos los montos pendientes de pago aumentaran en interés y / o cargos por retraso en la factura.

He leído y entiendo la póliza financiera de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica. **Yo el Paciente declaro que he enumerado mi COBERTURA DE SEGURO completa y no tengo conocimiento de ningún otro seguro.** Entiendo que soy responsable de cualquier reclamo que no se pague debido a negligencia al informar a esta oficina de todas las coberturas del seguro.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____