

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
NOMBRE (APELLIDO, M, NOMBRE)	SS#	CUMPLEANOS	SEXO
DIRECCION	TELEFONO	TELEFONO CELULAR	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	EMAIL		
MEDICO DE CABEZERA	ETNICIDAD	RAZA	IDIOMA
MEDICO DE REFERENCIA			
EMPLEADOR			
EMPLEADOR PRIMARIO			
DIRECCION	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL		
TELEFONO DE TRABAJO			
RESPONSIBLE DEL SEGURO			
<b>MARQUE UNA CAJA :</b> <input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> ESPOSO/A <input type="checkbox"/> PADRES (SI EL ESPOSO/A O PADRE LLENE LO SIGUIENTE)			
NOMBRE (APELLIDO, M, NOMBRE)	SS#	CUMPLEANOS	
DIRECCION	CIUDAD, ESTADO, POSTAL	RELACION	
TELEFONO	SEXO	CELULAR	
SEGURO PRIMARIO			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	POLICA #		
NOMBRE DEL ASEGURADO	GRUPO #	FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION	CIUDAD, ESTADO, POSTAL		
RELACION AL PACIENTE <input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> ESPOSO/A <input type="checkbox"/> PADRE	COPAGO DE ESPECIALISTA	COPAGO DE EXAMENES	
SEGURO SECUNDARIO			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	POLICA #		
NOMBRE DEL ASEGURADO	GRUPO #	FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION	CIUDAD, ESTADO, POSTAL		
RELACION AL PACIENTE <input type="checkbox"/> USTED <input type="checkbox"/> ESPOSO/A <input type="checkbox"/> PADRE	PAGA DEDUCT <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PAGA 20% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REFRACCION CUBIERTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**CONFIRMAR LA RECEPCIÓN DE AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD**

Mi firma a continuación reconoce la recepción del Aviso de **Políticas de Privacidad de Nevada Eye Physicians**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE SEGURO SOCIAL

**ACUERDO FINANCIERO**

Estimado paciente:

Gracias por elegir Nevada Eye Physicians como su proveedor de atención ocular. La siguiente es nuestra Política Financiera que le ayudará con sus inquietudes con respecto a nuestros procedimientos de facturación y pago.

El pago de los servicios vence en el momento en que se presta el servicio. Aceptamos efectivo, giros postales, tarjetas de débito, tarjetas de crédito. Presentaremos una reclamación de seguro en su nombre. Si su transportista no está contratado con nuestra práctica, le facturaremos por cortesía con el entendimiento de que cualquier cosa que el seguro no paga; el saldo es entonces su responsabilidad de pagar dentro de los 30 días de su primer estado de cuenta. **SI USTED TIENE UN COPAGO, SE COBRARÁ EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.** Tenga en cuenta que no presentamos copagos a un transportista secundario. Le daremos la información adecuada para hacer esto por su cuenta.

Usted es responsable de conocer sus beneficios de seguro. ¿Cuáles son los servicios cubiertos en su plan? ¿Su seguro requiere una referencia del médico de atención primaria? ¿Su médico participa en el plan? Si usted es miembro de HMO, usted es responsable de obtener referencias/autorizaciones de su doctor y/o transportista. Los pacientes son responsables de saldos deducibles, copagos y montos no cubiertos en el momento del servicio. Los saldos facturados deben pagarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta.

Por favor, tenga **TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO** y un **ID DE FOTO DISPONIBLE PARA FOTOCOPIAR EN TODO MOMENTO.** Cualquier cambio de seguro, dirección, número de teléfono o información de contacto de emergencia debe ser reportado inmediatamente.

Apreciamos la oportunidad de examinar y cuidar sus ojos. En el mundo del seguro de salud, Medicare y la mayoría de los otros transportistas **NO CUBIERTAN LA REFRACCION COMO PARTE DEL EXAM.** Esta parte determina si su visión se puede mejorar o no con gafas y es necesaria para dispensar anteojos u obtener la aprobación para **CUALQUIER** cirugía. Hay una tarifa de \$50 para las pruebas de refracción que vencen en el momento en que se prestan los servicios.

Recuerde que las autorizaciones/referencias de seguros para servicios **NO** garantizan el pago. Si el seguro no paga en su totalidad en un plazo de 60 días, le pedimos que se ponga en contacto con ellos, ya que los cargos se le transferirán. Le exigimos que pague el saldo adeudado a pesar de que su compañía de seguros eventualmente pueda procesar su reclamo. Se le enviará un reembolso por correo. Los intereses de los saldos vencidos se acumularán a una tasa del 1,5% mensual. Habrá un cargo de \$25.00 por todos los cheques devueltos. En caso de que su cuenta se vuelva morosa y sea remitida a una agencia de cobro, usted será financieramente responsable de los costos de cobro y/o honorarios legales. Los costos de cobro se calculan agregando el principio el mayor de \$25 o una cantidad 35% por encima del saldo adeudado.

Solicito que el pago de Medicare/o cualquier beneficio de terceros se realice a Nevada Eye Physicians en mi nombre por cualquier servicio que me preste. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a dar a conocer al Centro de Medicare / Medicaid Services y sus agentes o cualquier tercero pagador para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados

Nombre del Paciente

Firma Paciente/Padre/Tutor

Fecha de Nacimiento

Fecha

**INFORMACION SOBRE LA TUTELA Y/O EL CUIDADO DE HOSPICIO**

¿Alguien tiene poder judicial o tutela legal para usted?  Sí  No

¿Está actualmente bajo cuidado de hospicio hospitalario o ambulatorios?  Sí  No

**Si usted respondió SI, a cualquiera de las preguntas, por favor proporcione información de contacto para el tutor y / o el hospicio. Nevada Eye Physicians también necesita una copia del POA o papeleo de tutela legal** si esto se aplica.

Nombre Legal \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Numero de Hospicio \_\_\_\_\_

Nombre del Manejador del caso \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**CONTACTO CON EL PACIENTE**

Nevada Eye Physicians puede ponerse en contacto con usted con respecto a citas, resultados de exámenes, asuntos financieros/preocupaciones de facturación por teléfono en cualquier número asociado con su cuenta y dejar un mensaje según sea necesario. Esto puede incluir un número de teléfono inalámbrico, lo que podría resultar en cargos para usted. También podemos ponernos en contacto con usted mediante el envío de correos electrónicos, si se nos proporciona un correo electrónico. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un sistema de marcado automatizado, si corresponde.

Mi **METODO PREFERIDO DE CONTACTO ES:**

Nevada Eye Physicians recuerda a nuestros pacientes sus citas por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico.

Llamada de voz  Mensaje de texto/SMS  Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

**LIBERACION DE INFORMACION PROTEGIDA (PHI) A PARTES ESPECIFICADAS**

¿Tenemos permiso para **divulgar su información médica protegida** a cualquier persona involucrada en su atención?  **SI**  **NO**

En caso afirmativo, enumere los nombres de la(s) persona(s) que tiene permiso para acceder a su información médica protegida. Necesitamos el nombre, la relación, el número de teléfono y el tipo de acceso.

Nombre		Nombre	
Relación		Relación	
Teléfono		Teléfono	
Información	Todos los records <input type="checkbox"/> o	Información	Todos los records <input type="checkbox"/> o

Entiendo que mi permiso para la divulgación de mi información médica protegida a las partes enumeradas anteriormente permanecerá en vigor indefinidamente, a menos que sea revocada por escrito.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente** **Firma Paciente/Padre/Tutor** **Fecha**

Firma del representante del paciente si el paciente no puede firmar:

\_\_\_\_\_  
 Firma Relación Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA OBTENER LA HISTORIA DE LOS MEDICAMENTOS**

Un **historial de medicamentos** es una lista de medicamentos recetados que nuestros proveedores de práctica u otros proveedores le han recetado. Una variedad de fuentes, incluyendo farmacias y aseguradoras de salud, contribuyen a la recolección de esto. La información recopilada se almacena en nuestros registros médicos electrónicos de práctica y se convierte en parte de su expediente médico personal. La historia de los medicamentos es muy importante para ayudar a los proveedores de atención médica a tratar sus síntomas y/o enfermedades adecuadamente y para evitar interacciones farmacológicas potencialmente peligrosas. Es muy importante que usted y su proveedor discutan todos sus medicamentos para asegurar que su historial de medicamentos sea 100% preciso. Algunas farmacias no hacen que la información de la historia de medicamentos esté disponible, y es posible que su historial de medicamentos no incluya medicamentos comprados con el uso de su seguro médico. También medicamentos de venta libre, suplementos, o remedios herbales que los pacientes toman por su cuenta no pueden ser incluidos.

**Doy mi permiso para permitir que mi proveedor de atención médica obtenga el historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y mis otros proveedores de atención médica. Este consentimiento permanecerá en vigor durante tres años.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente** **Firma Paciente/Padre/Tutor** **Fecha**

**INFORMACION DE ANTECEDENTES CULTURALES Y IDIOMA PREFERIDO**

*El Gobierno Federal requiere que hagamos las siguientes preguntas a nuestros pacientes. Esto es voluntario y no tiene ningún impacto en su atención ocular.*

<b>Etnicidad</b>	<input type="checkbox"/> Hispano ir Latino	<input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del pacifico	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano
<b>Idioma</b>	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español
		<input type="checkbox"/> OTHER _____

Si el inglés NO es su idioma principal, diría que habla inglés:  **Muy bien**  **Bien**  **No bien**  **No en absoluto**