



Dr. Black's
eye associates

Kristopher Pugh, MD
Edwin Apenbrinck, MD
Thomas Harper, MD
Steven Howell, MD
Curtis Jordan, MD
Victor Neamtu, MD
David Strickland, MD

Jacob Yunker, MD
Dana Conway, OD
Michael Dankovich, OD
Mindy Gunn, OD
Carolyn Hall, OD
Natalie Katt, OD

Jennifer Kellems, OD
Karoline Munson, OD
Jessica Pugh, OD
Ada Sánchez, OD
Rob Steller, OD
Christopher Stroud, OD

(888) EYE-CARE
www.Have2020.com

Solo para uso de la oficina:

Fecha: _____

Ubicación: _____

Médico: _____

REGISTRO DE PACIENTES

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de la Casa: _____

Raza: _____ Etnia: _____ Idioma: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Número del Seguro Social: _____ Sexo: Masculino / Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: C / S / V / D

Nombre del Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____

Empleador del Cónyuge: _____ Número del Seguro Social del Cónyuge: _____

Médico para la Derivación: _____ Médico de Cabecera: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: Indique un amigo o familiar que no viva con usted y el número de teléfono:

Nombre

Relación del paciente con el
contacto de emergencia

Número de teléfono del
contacto

Información Del Seguro

Compañía de Seguros Primaria: _____

Compañía de Seguros Complementaria: _____

Compañía de Seguros Complementaria Adicional: _____

* Entréguenos sus tarjetas de seguro para que podamos hacer una copia para nuestros registros.

* Asegúrese de firmar y escribir la fecha en las áreas indicadas en el reverso de este formulario.

Autorizo el tratamiento de la persona nombrada en la parte frontal de este formulario. He leído la siguiente información sobre "presentación de reclamos al seguro" y me comprometo a pagar todos los gastos de dicho tratamiento si mi corredor de seguros se niega a hacerlo.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS AL SEGURO

MEDICARE: Presentaremos todos los servicios a su Medicare. Usted será responsable del pago de cualquier deducible, copago o servicios no cubiertos. Somos un proveedor de Medicare. MEDICAID ESTATAL: Presentaremos todos los servicios a su Medicaid estatal. Usted será responsable del pago de cualquier saldo según lo determine la política de su Medicaid. Somos un proveedor de Medicaid. TODOS LOS DEMÁS SEGUROS: Presentaremos todos los servicios no cubiertos por sus corredores de seguros como una atención para usted. Será responsable del pago de cualquier servicio no cubierto por su corredor de seguros que de otro modo no se ajustaría debido a cualquier contrato que podamos tener con su corredor de seguros. Su responsabilidad puede incluir, entre otras, copagos, deducibles o cargos derivados de una exclusión en su póliza, como la cobertura de un examen de la vista de rutina o la falta de un número de referencia si su póliza lo requiere. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre a Eye Associates por cualquier servicio prestado. Autorizo a cualquiera que tenga información médica sobre mí a divulgar a la HCFA y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por los servicios.

Firma: _____ Fecha: _____

Al firmar a continuación, doy permiso a Eye Associates para acceder electrónicamente a través de RxHub a los datos de mis beneficios de farmacia.

Este consentimiento permitirá a Eye Associates:

- Comprobar si un medicamento recetado está cubierto (en el formulario) según el plan del paciente.
- Mostrar alternativas terapéuticas con rango de preferencia (si está disponible) dentro de una clasificación farmacológica para medicamentos.
- Determinar si el plan de salud de un paciente permite la prescripción electrónica a las farmacias de pedidos por correo y, de ser así, prescribir de manera electrónica a estas farmacias.
- Descargar una lista del historial de todos los medicamentos recetados a un paciente por cualquier proveedor.

En resumen, le solicitamos su permiso para obtener información del formulario e información sobre otras recetas prescritas por otros proveedores que utilizan RxHub.

Firma: _____ Fecha: _____

Nuestra clínica, Eye Associates of Southern Indiana, participa junto con Nextgen Healthcare Information Systems, LLC y Nextgen Patient Portal. Para lograr una mejor comunicación y permitirle gestionar sus registros médicos, crearemos un nombre de usuario y una contraseña para su cuenta en el Portal del Paciente. Para hacerlo, aceptamos los Términos y Condiciones del sitio web del Portal del Paciente de Nextgen. Cuando inicie sesión por primera vez, dirijase a Have2020.com y seleccione Portal del Paciente. Este enlace le brinda el documento completo de los Términos y Condiciones. Al firmar este documento, acepto los Términos y Condiciones del Portal del Paciente de Nextgen. Al firmar a continuación, le solicito a Eye Associates que complete mi inscripción y acepte los Términos y Condiciones en mi nombre. Estoy de acuerdo en que me ofrecieron una copia de los Términos y Condiciones, y que puedo cancelar esta cuenta en cualquier momento.

Firma: _____ Fecha: _____

Reconozco y acepto que Eye Associates y cualquier afiliado, incluyendo las empresas de cobranza y facturación, pueden comunicarse conmigo por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto a cualquier número de teléfono que le proporcione y cualquier otro número de teléfono asociado con mi cuenta, incluyendo números de teléfono móvil o inalámbrico. Además, acepto que pueden utilizar cualquier método de contacto con estos números, como el sistema de marcación telefónica automática (ATDS) o un mensaje pregrabado. También acepto notificar a Eye Associates si he renunciado a la propiedad o el control de dicho número de teléfono.

Firma: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Contacto de emergencia: _____

Farmacia: _____ Médico de atención primaria: _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha del último examen ocular: _____

Etnia: Hispano _____ No hispano _____ Idioma preferido: Inglés/Otro _____ Raza: _____

¿Usa lentes de contacto? Sí No

¿Usa anteojos? Sí No

Síntomas oculares

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destellos de luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos llorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moscas volantes o manchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos secos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destellos o halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____											

Revisión de sintomatología: responde SÍ o NO a cada pregunta

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de la sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de la micción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado/hematomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias alimentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enumere los medicamentos que toma actualmente (incluyendo los medicamentos para los ojos)

Nombre del medicamento:	Dosis	Nombre del medicamento:	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí _____ NO _____ En caso afirmativo _____

Historial ocular: responde SÍ o NO a cada pregunta

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrabismo/ojo vago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamientos con láser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía ocular u otro procedimiento _____											

Historial médico: responde SÍ o NO a cada pregunta

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Oído, nariz, garganta/Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabético ____ años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos cutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca/ Accidente cerebro-vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos inmunológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía/Otros procedimientos _____											

Mujeres: ¿Está actualmente embarazada o amamantando? Sí No

Historial familiar: responde lo que aplica directamente a los familiares de primera generación (madre, padre, hermana, hermano)

Cataratas: Sí _____ Relación _____ Glaucoma: Sí _____ Relación _____ Diabetes: Sí _____ Relación _____

Degeneración macular: Sí _____ Relación _____ Desprendimiento de retina: Sí _____ Relación _____

Historial social

¿Fuma? Sí _____ NO _____ Paquetes al día/años: _____ ¿Es exfumador? Sí _____ NO _____ ¿Tiene riesgo de sufrir caídas?

Sí _____ NO _____ ¿Cuántas caídas ha sufrido en el último año? _____ ¿La caída le provocó una lesión? Sí _____ NO _____



(888) EYE-CARE
www.Have2020.com

Aviso de ciertos servicios, insumos o equipos no cubiertos o excluidos
y
compromiso de pago del paciente

EYE ASSOCIATES OF SOUTHERN INDIANA
(812) 284-0660/(888) EYE-CARE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Fecha de notificación: _____

Estimado paciente:

Se le proporciona este aviso para ciertos servicios no cubiertos o excluidos ya que el proveedor adaherrera determinado que los servicios, insumos o equipos que le ha solicitado podrían estar excluidos o no cubiertos por su plan de prestaciones médicas de su compañía de seguros.

Tenga en cuenta que su seguro solo pagará los servicios, insumos o equipos que determine que son médicamente necesarios o no experimentales ni de investigación según las pólizas aplicables. Si su seguro establece que un servicio en particular "no es razonable o necesario", "experimental", "de investigación" o "no es médicamente necesario" según el plan o las pólizas de prestaciones médicas del seguro correspondiente, u otros estándares aplicables, su seguro denegará el pago de ese servicio. Si su seguro establece que un equipo en particular es un modelo de lujo y su plan de prestaciones médicas solo cubre el estándar, el seguro podría realizar simplemente un pago parcial hasta cubrir el monto de la prestación estándar. Esto significa que usted será personalmente responsable de pagarle al proveedor la totalidad o una parte de ese servicio, insumo o equipo.

A continuación se presenta una descripción del servicio, insumo o equipo que podría estar excluido o no cubierto por su plan de prestaciones médicas, así como el costo aproximado del que usted sería responsable de pagar al proveedor como resultado de la denegación:

REFRACCIÓN	USD 30,00
------------	-----------

Si tiene preguntas adicionales sobre por qué el artículo anterior podría no estar cubierto (en su totalidad o en parte), comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de su seguro al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta.

COMPROMISO DE PAGO DEL PACIENTE:

Mi médico/centro médico/proveedor de equipo médico me han notificado que mi seguro podría denegar el pago, en su totalidad o en parte, por los servicios, insumos y equipos identificados anteriormente. Entiendo que tengo derecho a decidir si recibo o no los servicios, insumos y equipos identificados anteriormente. HE DECIDIDO RECIBIR EL SERVICIO/INSUMO. Si mi seguro rechaza el pago de un servicio o insumo que no está cubierto por mi plan de prestaciones médicas, acepto ser personal y totalmente responsable del pago al proveedor. Si mi seguro hace un pago por el monto de un servicio o insumo "estándar" y deseo recibir un equipo/servicios "de lujo". Entiendo y acepto que estoy obligado a pagar esta cantidad independientemente de la cantidad que aparezca como "responsabilidad del miembro" en cualquier Explicación de Beneficios que pueda haber recibido del seguro.

Firma del paciente: _____

Fecha de la firma: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad le proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar la información médica protegida.

El aviso contiene una sección sobre derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Con su firma, declara que ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso podrían cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma/fecha.

Tiene derecho a restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida sobre el tratamiento y el pago de las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) permite el uso de la información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el potencial uso anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La clínica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La clínica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la clínica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesará toda divulgación por completo.
- Las clínicas podrían condicionar la recepción del tratamiento hasta la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? SÍ NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestadora automática en el teléfono de su casa o en su teléfono móvil? SÍ NO

¿Podemos comentar su condición médica con algún miembro de su familia? SÍ NO

En caso AFIRMATIVO, indique el nombre y la relación con los miembros permitidos:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

(nombre en letra de imprenta)

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si no es usted) _____