Dr. Black's Eye Associates

MRN

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE		
NOMBRE	DOB	GÉNERO
OPCIONAL: NOMBRE PREFERIDO	OPCIONAL: PRONOMBRE(S) PREFERIDO(S)	
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL	
HOME/CELL TELÉFONOS (H) (C)	OTROS TELÉFONOS	
CORREO ELECTRÓNICO	CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO)	
NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA FARMACIA		MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESPONSABILIDAD FINANCIERA	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR RESPONSABLE	NÚMERO DE TELÉFONO
RELACIÓN CON EL PACIENTE	SSN

INFORMACIÓN DEL SEGURO	
COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
POLÍTICA#	GRUPO#
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
POLÍTICA #	GRUPO #
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	

Revise la siguiente información, inicial y signo donde se indique. Si no lo hace, puede resultar en demoras o denegación de servicios.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DE SEGUROS:
Todos los servicios prestados se presentarán ante las compañías de seguros correspondientes, incluidos Medicare y Medicaid estatal, como cortesía para mí. Mi responsabilidad financiera puede incluir, pero no se limita a: deducible, copago o servicio(s) no cubierto(s). Al poner las iniciales a continuación, autorizo el pago de los beneficios autorizados en mi nombre a Dr. Black's Eye Associates por cualquier servicio prestado. También autorizo a cualquier titular de mi información médica a divulgar a la Administración de Financiamiento del Cuidado de la Salud (HCFA, por sus siglas en inglés) y a sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por los servicios.

Inicial:_____

AUTORIZACIÓN DE FARMACIA:
Otorgo permiso para que Dr Black's Eye Associates acceda y aplique mis datos de beneficios farmacéuticos electrónicamente a través de RxHub. Este permiso permite a Dr Black's Eye Associates obtener información sobre la cobertura del seguro, obtener información sobre el formulario, mostrar alternativas terapéuticas y obtener información sobre otras recetas recetadas por otros proveedores a través de RxHub.

Inicial:_____

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE:
Permito que Eye Associates, y cualquier afiliado, que puede incluir organizaciones de cobro y facturación, se comuniquen conmigo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico a través de cualquier número o correo electrónico que proporcione, incluida cualquier otra información de contacto asociada con mi cuenta. Además, acepto que Dr. Black's Eye Associates puede usar cualquier método para comunicarse conmigo, incluidos, entre otros, el Sistema de marcación telefónica automatizada (ATDS) o mensajes pregrabados. También acepto que notificaré a Dr. Black's Eye Associates si ya no estoy autorizado para recibir comunicaciones en cualquier número o correo electrónico que haya proporcionado.

Inicial:_____

Autorizo el tratamiento de la persona mencionada anteriormente y he revisado la información anterior con respecto a la presentación de reclamos de seguros, la autorización de recetas/farmacias, los registros médicos electrónicos y la comunicación con el paciente/titular de la póliza. Acepto todos los términos y condiciones enumerados anteriormente.

_____

Escriba el nombre de la firma La fecha de hoy

Traducimos nuestros materiales a otros idiomas para ayudar a las personas con conocimientos limitados de inglés. Si hay diferencias entre el inglés y otro idioma, la versión en inglés es la versión oficial.

Dr. Black's eye associates

(888) EYE-CARE
www.Have2020.com

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			Ardor			Secreción			Destellos de luz		
Pérdida de visión			Ojos llorosos			Dolor			Moscas volantes o manchas		
Enrojecimiento			Picazón			Ojos secos			Destellos o halos		

Otro _____

Revisión de sintomatología: responda SÍ o NO a cada pregunta

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

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: responda SÍ o NO a cada pregunta

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Cataratas			Degeneración macular			Lesión			Estrabismo/ojo vago		
Glaucoma			Desprendimiento de retina			Cirugía			Tratamientos con láser		

Cirugía ocular u otro procedimiento _____

Historial médico: responda SÍ o NO a cada pregunta

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Oído, nariz, garganta/Sinusitis			Diabético ____ años.			Enfermedad renal			Cáncer		
Migrañas			Hipertensión			Problemas pulmonares			Tiroides		
Artritis			Trastornos cutáneos			Enfermedad cardíaca/ Accidente cerebro-vascular			Trastornos inmunológicos		

Cirugía/Otros procedimientos _____

Mujeres: ¿Está actualmente embarazada o amamantando? ❑ Sí ❑ No

Historial familiar: responda 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 40.00

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: _____

Dr. Black's eye associates

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) _____