# Dr. Black's Eye Associates (minor registration)

MRN

| INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| NOMBRE | DOB | GÉNERO |
| OPCIONAL: NOMBRE PREFERIDO | OPCIONAL: PRONOMBRE(S) PREFERIDO(S) | |
| DIRECCIÓN | CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL | |
| HOME/CELL PHONE<br>(H) (C) | OTRO(S) TELÉFONO(S) | |
| 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 | DOB | SSN |
| DIRECCIÓN DEL PADRE/TUTOR | | |
| RELACIÓN CON EL PACIENTE | NÚMERO DE TELÉFONO | |

| 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 INFANTIL

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Pediatra/Médico de atención primaria: _____ Farmacia: _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha del último examen ocular: _____

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

## Síntomas oculares

| | SÍ | NO | | SÍ | NO | | SÍ | NO | | SÍ | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estrabismo | | | Ardor | | | Enrojecimiento | | | Moscas volantes o manchas | | |
| Lagrimeo | | | Ojos llorosos | | | Secreción | | | Visión borrosa | | |
| Exotropía | | | Picazón | | | Dolor | | | Pérdida de visión | | |

Otro: _____

## Revisión de sintomatología: responda SÍ o NO a cada pregunta

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

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

| Nombre del medicamento: | Dosis | Nombre del medicamento: | Dosis |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿El paciente es alérgico a algún medicamento? SÍ _____ NO _____ En caso afirmativo _____

## Historial ocular

| | SÍ | NO | | SÍ | NO | | SÍ | NO | | SÍ | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lesión | | | Estrabismo | | | Cataratas | | | Desprendimiento de retina | | |
| Cirugía | | | Ojo vago | | | Glaucoma | | | Tratamientos con láser | | |

Cirugía ocular u otro procedimiento _____

## Historial médico

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

Cirugia / Otra procedimientos _____

## Historial familiar

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cataratas | | Estrabismo (ojo vago) | | Miopía | | Desprendimiento de retina | |
| Diabetes | | Ambliopía (mala visión) | | Hipermetropía | | Glaucoma | |

Otro: _____

## Historial social

¿Alguien fuma en la casa del niño? SÍ _____ NO _____ ¿El pacienta fuma? SÍ _____ NO _____

Nivel del grado (si corresponde) _____ ¿El paciente a alcanzado las etepas del desarrollo? SÍ _____ NO _____

Aficiones _____

**(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) _____

# Dr. Black's Eye Associates

POLÍTICA: CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES DESATENIDOS

Como regla general, requerimos el consentimiento de un padre o tutor legal para brindar servicios de atención médica a un niño menor de edad (alguien menor de 18 años). Con tantos padres trabajando fuera del hogar o con otros compromisos, nos damos cuenta de que es posible que no pueda acompañar a su hijo en todas las visitas a la clínica. Si su hijo menor se presenta a la clínica sin acompañante, no podremos ver al menor sin acompañante. Si el menor se presenta en compañía de un adulto que no sea padre o tutor legal, deberá contar con documentación del padre o tutor legal dando consentimiento para el tratamiento. Si no tienen un consentimiento para el tratamiento, la cita será reprogramada.
En un esfuerzo por brindar la atención necesaria y evitar tener que reprogramar la cita de su hijo, hemos desarrollado un formulario de consentimiento que, una vez completado por un padre o tutor legal, se colocará en el expediente médico de su hijo para su uso según sea necesario. Este formulario nos permitirá proporcionar tratamiento médico y de rutina (incluida la dilatación de los ojos) para su hijo menor cuando el personal médico calificado lo considere necesario. A los adultos, que no sean el padre o tutor legal, que acompañen a un niño menor a una cita y que estén autorizados por el Consentimiento para tratar a un menor registrado, se les pedirá que presenten una identificación con foto al registrar al paciente para la cita. Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

**Nombre del paciente:** **Fecha de nacimiento:**

Yo, el abajo firmante, padre(s) o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, menor de edad, por la presente autorizo a los médicos de Dr. Black's Eye Associates a actuar como agentes para que el abajo firmante dé su consentimiento para el examen ocular, dilatación, diagnóstico y tratamiento u otra atención médica que se considere aconsejable, y si se debe brindar bajo la supervisión general o especial de, el médico tratante que tiene licencia para ejercer en el estado de Indiana o Kentucky, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento sea prestado en el consultorio de dicho médico. **Además, reconozco que soy responsable de cualquier parte de los cargos que no estén cubiertos por el seguro del niño.**

**Consentimiento para tratar a un niño menor de edad acompañado por un adulto que no sea el padre o tutor legal del niño** Yo, el padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, autorizo al médico de Dr. Black's Eye Associates a realizar el tratamiento médico según las declaraciones anteriores. cuando van acompañados de cualquiera de los siguientes nombres personas adultas mayores de 18 años:

Nombre del adulto:_____NOMBRE EN IMPRENTA

Relación con el niño_____
(abuelo, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

Nombre del adulto:_____ NOMBRE EN IMPRENTA

Relación con el niño_____
(abuelo, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

**Esta autorización es válida:**

o Para todos y cada uno de los procedimientos médicos o de rutina (incluida la instalación de gotas para los ojos para la presión ocular y la dilatación (Típicamente cubierto por el seguro)

o Evaluación, ajuste y prescripción de lentes de contacto (por lo general, no están cubiertos en su totalidad por el seguro)

o Solo para la fecha de servicio: ____/____/_____

Esta autorización es válida hasta que sea REVOCADA POR ESCRITO (a menos que se indique anteriormente)

Padre o tutor legal: _____Fecha: ____/____/_____
firma

Padre o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/_____
nombre en letra de imprenta

_____

Identificación con foto verificada _____ (Nombre/Iniciales del empleado)