



New Patient Forms - Spanish

Informacio Del Paciente

*Required Fields

Nombre del paciente:*

Apellido del paciente:*

Fecha de Nacimiento:*

Direccion:*

Cuidad:*

Codigo Postal:*

Sexo:



Seguro Social:

Licencia de conducir:

Numero de Telefono#:

Numero de Cellular #:*

Correo Electronico:

Empleado:

Ocupacion:

Numero de Trabajo #:

Contacto de Emergencia:

Relacion a Paciente:

Numero de Telefono:

La Etnicidad

- Asiatico
- Negro/Afroamerican
- Blanco
- Hispano/latino
- Otro Etria

Idioma Preferido Ingles

- Espanol
-

Como se entero de nosotros?

- Referencia Medico
- Amistad/Paciente
- Facebook
- Instagram
- Internet
- Otro

Nombre de Paciente de Referencia

Nombre de Doctor de Referencia

Aseguranza Primaria

Nombre del Asegurado:

Número de grupo:

Numero de la aseguranza:

Asegurade Fecha de Nacimiento:

Relacion a Asegurado:

Aseguranza Secundario

Nombre del Empleado

Número de grupo:

Numero de la aseguranza:

Asegurado

POLÍTICAS DE LA OFICINA

EQUIPO

- Hay un cargo de \$50.00 por no presentarse o cancelar tarde. Todas las citas deben cancelarse con 24 horas de anticipación o antes de las 11 a. m. del viernes para citas de lunes. Para evitar cargos por no presentarse o cancelar tarde, llame, envíe un mensaje de texto o deje un mensaje de voz al (956) 753-7373.
- Entiendo que debo pagar el cargo por no presentarse o cancelar la cita tardíamente antes de poder programarla. Reprogramar una cita dos o más veces se considerará una inasistencia.
- Entiendo que un recordatorio de cita es una cortesía que se me brinda. La responsabilidad de

conocer la fecha de mi cita recae, en última instancia, sobre mí, el paciente. Autorización para la

Comunicación Electrónica

Yo,

Autorizo a Flores Eye Care Clinic a enviar mensajes de texto a mi número de teléfono móvil proporcionado a continuación para los siguientes fines:

- Recordatorios de citas: Notificaciones de próximas visitas o necesidad de reprogramar.
- Coordinación de atención: Instrucciones de seguimiento, solicitudes de recetas o información general de salud relacionada con mi tratamiento.
- Flores Eye Care Clinic solo envía recordatorios de citas por mensaje de texto y correo electrónico. Entiendo que, al cancelar la comunicación electrónica, no recibiré recordatorios de citas ni podré comunicarme con el personal por mensaje de texto o correo electrónico.
- Cancelación de la comunicación: Puedo dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo "STOP" a cualquier mensaje.

- Sí, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto/correo electrónico al número que aparece a continuación
- NO, no deseo recibir mensajes de texto/correo electrónico.

Número de teléfono móvil:

Correo electrónico:

Firma del paciente/tutor: *

 Sign

*Required Fields

SEGURO:

- Certifico que he proporcionado toda la información de todas mis pólizas de seguro actuales. Entiendo que si no comparto información sobre pólizas de seguro adicionales, seré responsable de todos los cargos facturados por servicios médicos. Además, se me cobrará una multa de \$60.00 por no proporcionar información adicional.
- Entiendo que Flores Eye Care Clinic debe cumplir con las normas de presentación de reclamaciones y autorización previa de todas las pólizas de seguro. Es responsabilidad del paciente obtener la autorización previa antes de ser atendido
- Certifico que he completado la coordinación de beneficios con todas las compañías de seguros en las que estoy inscrito actualmente. Entiendo que si estoy inscrito en más de una compañía de seguros y Medicaid es una de ellas, Medicaid siempre es el seguro secundario.

REEMBOLSOS

- Ocasionalmente, los pacientes pueden tener crédito de seguro en su cuenta. Flores Eye Care Clinic emitirá un reembolso mediante cheque escrito dentro de los 30 días posteriores al pago de todas las reclamaciones por parte de la aseguradora.

TARIFA DE SERVICIOS ESPECIALES

- Se aplicará una tarifa por todos los servicios no médicos que preste nuestra oficina. Estos servicios incluyen, entre otros, formularios que requieran la firma del proveedor, copias de historiales médicos, informes de salud a domicilio o cualquier otro servicio que requiera atención especial. Esta tarifa generalmente cuesta \$25.00 por formulario y debe pagarse al momento de la solicitud. En algunos casos, esta tarifa puede ser mayor.

EXAMEN DE LA VISTA DE RUTINA ANUAL

Un examen de la vista anual de rutina, con su seguro médico o de la vista, generalmente cubre la prueba de agudeza visual, la prueba de refracción para anteojos y una evaluación general de la salud ocular. Si se presentan problemas o quejas médicas durante su examen de la vista anual de rutina, debido a las normas y regulaciones del seguro, Flores Eye Care Clinic deberá facturar una visita al consultorio médico. Los copagos, deducibles y coaseguros se cobrarán al momento del servicio. VISITA AL CONSULTORIO MÉDICO: Política de evaluación de refracción y lentes de contacto

Costo de refracción: \$30.00. Esta prueba determina su mejor visión y su prescripción de anteojos. Evaluación de lentes de contacto: El costo comienza en \$60.00 y puede ser mayor según el tipo de lente. Este procedimiento especializado determina el tamaño, ajuste y tipo de lentes de contacto adecuados para sus ojos.

- Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico no cubren refracciones ni evaluaciones de lentes de contacto, clasificándolas como servicios “de la visión” en lugar de “médicos”.
- Si su cita es por una condición médica y desea que le hagan una refractura para anteojos y/o una evaluación de lentes de contacto durante su cita médica, se cobrará el pago del servicio adicional además de cualquier copago y deducible del seguro.
- Recetas: Todas las tarifas deben pagarse en su totalidad antes de que se pueda emitir su receta de anteojos o lentes de contacto.

Al firmar, usted reconoce que comprende estos costos y acepta la responsabilidad financiera por estos servicios no cubiertos, además de cualquier copago, deducible o coseguro adeudado al momento del servicio

Patient/ Guardian Signature: *

 Sign

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES POR LENTES DE CONTACTO

- Entiendo y acepto que Flores Eye Care Clinic no presentará reclamaciones a seguros médicos por lentes de contacto de ningún tipo. Le proporcionaremos un recibo detallado (comprobante de compra) que podrá presentar a su compañía de seguros para obtener un reembolso directo. El pago de los lentes de contacto debe realizarse en su totalidad al momento de la compra. Es responsabilidad del paciente comprender los beneficios de su seguro de lentes de contacto.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN

1. Reconocimiento de prácticas de privacidad

Al firmar, reconozco que he recibido y comprendido el Aviso de prácticas de privacidad de Flores Eye Care Clinic, que describe mis derechos de privacidad bajo HIPAA con respecto a mi información médica protegida.

2. Consentimiento para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Doy mi consentimiento para que Flores Eye Care Clinic utilice y divulgue mi información médica protegida para tratamiento, obtención de pagos de compañías de seguros y realización de operaciones y evaluaciones de atención médica estándar.

3. Derechos del paciente

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad de Flores Eye Care Clinic puede cambiar y puedo solicitar una copia actualizada en cualquier momento.

4. Designación de otros

Autorizo a esta oficina a discutir mi atención y facturación con la siguiente persona:

Nombre:

Relación:

He leído y comprendido este formulario.

Firma del paciente/tutor:

 Sign

Nombre del paciente/representante:
