

Flores Eye Care Clinic

Informacio Del Paciente

Nombre _____
Direccion _____
Cuidad _____ Codigo Postal _____
Masculino ___ Femenino ___
Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____
Estado Civil Soltera ___ Casado(a) ___
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 ___ African American ___
Caucasiano ___ Hispano ___ Oriente Medio ___
Raza Blanco ___ Negra ___ Otro ___
Idioma Preferido Ingles ___ Espanol ___
Como se entero de nosotros?
Paginas Amarillas ___ Periodico ___ Walk-In ___
Internet ___ Escuela ___ Otro ___
Nombre de Paciente de Referencia _____
Nombre de Doctor de Referencia _____

Aseguranza Primaria _____
Nombre del Asegurado _____
Asegurade Fecha de Nacimiento _____
Relacion a Asegurado _____
Numero de la aseguranza _____

Aseguranza Secundario _____
Nombre del Empleado Asegurado _____
Asegurados Fecha de Nacimiento _____
Relacion a Asegurado _____
Numero de la aseguranza _____

Debido a leyes de confidencialidad paciente Federal conocida como HIPAA, necesitamos su permiso para hacer lo siguiente:

Hablar, mandar mensajes por texto o por corello electronic SI ___ NO ___
Dejar mensajes en la manquina o con la persona que conteste el telefono SI ___ NO ___
Hablar a celular o numero de la casa y dejar una mensaje SI ___ NO ___
Hablar al trabajo SI ___ NO ___
Farmacia de Preferencia: _____

****Es nuestra poliza notificar a los pacientes de sus citas vía texto o correo electrónico. Esto se realiza como un recordatorio de cortesía. Si NO a verifica, no recibirás un recordatorio para sus citas**

Acuerdo de Finanzas

Por cortesía, Flores Eye Care Clinic ofrece el servicio de somer a su reclamación a su seguro médico. Nos damos el derecho de verificar sus beneficios antes de su cita con el doctor con el resultado de darle un mejor servicio. Por lo tanto, el paciente es responsable del cien por ciento de cualquier balance por el seguro que no fue cubierto, por ejemplo el copago y deducibles que serían rendidos el mismo día de su visita. Por favor, comprenda que tener un seguro médico, no garantiza pago por los servicios completos.

Yo autorizo a Flores Eye Care Clinic, a emitir mis datos médicos e información personal a mi seguro con el resultado de recibir el pago adecuado por los servicios.

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Hoy en día, lo más importante de su examen es la refracción, en donde se determina la necesidad de nueva receta para su vista. La refracción NO está cubierta bajo algunas seguras como Medicare. Por la razón que algunas seguras consideran que la refracción no es medicamento necesario. La cuota de refracción en nuestra oficina es de \$30.00 dólares, que será requerido el día de su visita junto con cualquier copago o deducible. Al menos que su seguro lo cubra al cien por ciento el cual será acreditado por la suma acordada.

Yo certifico y entiendo la información que recibí en Flores Eye Care Clinic acerca del Acuerdo de Finanzas. En la cual explica que la refracción y otros servicios pueden no estar cubiertos al cien por ciento por mi seguro médico. Yo entiendo que el copago, deducibles y co-seguros son cargos separados no incluidos y que tal servicio debe de ser liquidado el mismo día de mi visita.

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

VISITAS AL DOCTOR: Al llegar a su **visita 15 minutos después** de la hora citada, serán automáticamente asignados al siguiente día disponible. Los recordatorios son cortesía de nuestra parte, favor de dar su número correcto a nuestras recepcionistas.

CUOTA DE SERVICIOS ESPECIALES: Este tipo de servicios será requerido por servicios o procedimientos que son clasificados como NO-MÉDICOS. Incluyendo, copias de su registro médico, formas que requieran opinión médica, el costo sería de \$25.00 dólares.

Firma _____ Nombre _____ Fecha _____

Poliza de Privacidad y Consentimiento del paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

En el transcurso de proveer nuestro servicios hacia usted, acumulamos informacion medica y personal en nuestros espedientes. Es sumamente necesario transmitir su informacion con su aseguranza medica para asegurar el pago por los servicios.

En la notificacion de su privacidad, describe el uso de su informacion medica en la cual sera transferida a su compania de aseguranza y proveedor medico. En dado caso, su informacion sera transmitida y estudiada por especialistas para mejorar nuestro servicio y seguir su siguiente tratamiento. Su reclamo sera rebisado por: (1) agentes de su aseguranza para ser analizada y pagadas. (2) seran omitidas a terceras aseguranzas, para determinar sus beneficios y pagos. (3) su reclamo podra ser auditoriado por agentes de su propia compania de aseguranza con la accion de revisar los procedimientos requeridos por la clinica. (4) otros aspectos de pago seran rebisados y cambiando igual que nuestra poliza de privacidad.

Al firmar nuestro documento, usted esta de acuerdo con nuestra poliza. Nos autoriza a usar y omitir su informacion medica, para obtener pago por nuestro servicios y realizar procedimientos medicos. Tambien declara que a recibo una copia de nuestra Poliza de Privacidad del Paciente.

Como paciente usted tiene el derecho de negarnos el derecho de omitir o transferir su informacion. Sin embargo, no estamos obligados a llegar a un acuerdo con sus restricciones.

Al llegar a un acuerdo, las restricciones no seran obligadas.

Yo certifico que lei y entendi la informacion recibida por Flores Eye Care Clinic. Yo doy mi consentimiento para usar y transmitir mi informacion medica con el proposito de tratamientos, pagos y procedimientos medicos relizados. Al igual, recibi una copia de La Poliza de Privicidad del Paciente.

Firma _____ Fecha _____

Si usted esta firmando en representacion del paciente, favor de describa su relacion hacia el.

Relacion hacia el paciente

Nombre