

Apellido(s): _____ Nombre: _____

Segundo Nombre: _____ Nombre preferido: _____ Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Number de Seguro Social : _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Idioma Preferido: _____ Raza: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono Móvil: _____ Teléfono preferido: CASA TRABAJO MÓVIL

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico Portal del paciente

¿Está bien dejar un mensaje detallado? Sí NO

¿Le gustaría recibir notificaciones por correo electrónico? Sí NO

¿Le gustaría recibir mensajes de texto? Sí NO

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección estacional: _____ Fechas allí: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su farmacia: _____ Ubicación: _____

Médico/a primario/a: _____ Ubicación: _____ Teléfono: _____

Médico/a referente: _____ Ubicación: _____ Teléfono: _____

Nombre de Garante: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección postal - igual que arriba Teléfono-igual que arriba Correo electrónico-igual que arriba Garante

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Casa Trabajo Móvil Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ El Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre de Cuidador/a: _____ La Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre de Esposo/a: _____ Teléfono: _____

Nombre de empresa/empleador/a: _____ Profesión/Ocupación: _____

Nuestra oficina no toma ningún plan de vista - Tiene que presentar todas sus tarjetas de seguro médico

Seguro Medico Primario: _____ Seguro Medico Secundario: _____

Autorización para proveer información Medica- Doy mi consentimiento a las siguientes personas estará en vigor hasta que se notifique por escrito su retirada y para obtener la siguiente información

Nombre: _____ Relación: _____ Información Médica Información Sobre Facturación y Pagos

Nombre: _____ Relación: _____ Información Médica Información Sobre Facturación y Pagos

Marcando esta casilla, acepta utilizar un documento electrónico y una firma electrónica. Usted entiende que las firmas electrónicas son legalmente vinculantes.

Firma: _____ Fecha: _____



Eye Physicians & Surgeons, S.C.

1311 S. Lincoln St. Elkhorn, WI 53121 | Phone: (262) 723-4600
675 W. State St. Burlington, WI 53105 | Phone: (262) 763-7772
Fax: (262) 947-4996 | Website: <https://eyephysician.com>

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RESUMEN ABREVIADO

Esta notificación es efectiva a partir de: July 20, 2018
Revisado: 12/17/2020

Esto es sólo un resumen de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Consulte el Aviso completo que sigue a este resumen para saber cómo utilizamos y divulgamos su información médica y cuáles son sus derechos en relación con estos usos y divulgaciones.

Cómo utilizamos y divulgamos su información

Obtendremos su autorización por escrito para cualquier uso y divulgación de *información médica protegida* "IMP" no descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Tratamiento, pago y operaciones de asistencia de salud. Podemos utilizar su IMP con el fin de proporcionarle atención médica; facturar nuestros servicios y cobrarle a usted o a su compañía de seguros; y para el funcionamiento general de nuestra empresa.

Podemos utilizar su IMP según autorice o exija la ley para fines tales como:

- actividades de información y supervisión en materia de salud pública
- procedimientos judiciales, administrativos o de aplicación de la ley
- cumplimiento de las leyes de compensación de los trabajadores
- comunicarse con su familia o cuidadores
- envío de recordatorios de citas

Usted Tiene Derecho a:

- Solicitar determinadas restricciones sobre el uso y la divulgación de su IMP
- Solicitar que le enviemos comunicaciones por medios o lugares específicos.
- Inspeccionar y copiar su historial médico.
- Pedirnos que se corrija la información de su historial médico.
- Recibir un informe de las divulgaciones de su IMP por parte de nuestro consultorio.
- Ser notificado en caso de violación de la seguridad de su IMP.

CONTÁCTANOS

Póngase en contacto con nuestro Responsable de Protección de Datos para cualquier pregunta, comentario o queja o para ejercer cualquiera de sus derechos en Eye Physicians & Surgeons - Heather 262-723-4600 heather.c@eyephysicianemail.com



Eye Physicians & Surgeons, S.C.

1311 S. Lincoln St. Elkhorn, WI 53121 | Phone: (262) 723-4600
675 W. State St. Burlington, WI 53105 | Phone: (262) 763-7772
Fax: (262) 947-4996 | Website: <https://eyephysician.com>

ACUERDO DE SERVICIO MÉDICO

Por la presente autorizo y consiento el tratamiento médico por parte de Eye Physicians & Surgeons, S.C. para mí (o para mi dependiente). Yo autorizo a Eye Physicians & Surgeons, S.C. divulgar mi información médica (o la de mi dependiente) a mi médico de cabecera (o el de mi dependiente) y a cualquier compañía de seguros, ajustador, abogado, agente autorizado que trabaje en nombre de Eye Physicians & Surgeons, S.C., o de otra parte autorizada.

Entiendo que soy responsable del pago de todo tratamiento médico que se me administre a mí (o a mi dependiente) por parte de Eye Physicians & Surgeons, S.C., y acepto pagar todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos en su totalidad en el momento de la visita. En cada visita, Eye Physicians & Surgeons cobrará una cuota de \$100.00 por punto de servicio. Estos 100 dólares se utilizan para pagar los gastos de su bolsillo relacionados con la visita. Una vez cubiertos los gastos de su bolsillo/el deducible del año, dejaremos de exigir los \$100.00.

Si en algún momento me atiende un médico de Eye Physician & Surgeons, S.C. sin una autorización requerida, entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos incurridos. Entiendo que las autorizaciones del seguro son una estimación de la cobertura, y que las cantidades finales del bolsillo pueden variar basadas en el pago real del seguro. Un cargo de \$10.00 será cobrado por cada cheque devuelto.

Entiendo que durante mi examen si se encuentra un diagnóstico médico, el examen será considerado médico y como tal será sometido a mi seguro médico.

Lo entiendo, como una cortesía hacia mí, Eye Physicians & Surgeons, S.C., presentará una solicitud de reembolso en papel o una solicitud de reembolso electrónica, según requiera mi compañía de seguros (o la de mi dependiente), y autorizo el pago directamente a Eye Physicians & Surgeons, S.C. por los beneficios que de otro modo me corresponderían en virtud de las condiciones de mi seguro (o el de mi dependiente). Entiendo que soy responsable de mantener la información de cobertura actualizada para cumplir con los vencimientos de presentación y para el pago de cualquier balance después del pago de mi compañía de seguros. Si no cumpla con mis obligaciones financieras, acepto pagar los cargos de abogado y/o agencia de colección en la cantidad de \$10.00 debida en el momento en que la cuenta sea entregada para colección más los costos de la corte y cualquier cargo adicional de colección.

Entiendo que con Medicare como mi seguro primario, que estoy obligado a proveer mi tarjeta de identificación de seguro secundario, si es aplicable. Cuando la oficina no tiene la información apropiada para un seguro secundario, el secundario no será facturado, y será mi responsabilidad pagar el balance, y posteriormente presentar una reclamación con el secundario para el reembolso por mi cuenta.

Entiendo que es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y proporcionar a nuestra oficina información precisa y actualizada sobre mi seguro. Si mi plan de seguro específico requiere una autorización, es mi responsabilidad obtener la autorización de mi médico de atención primaria. Si llego a una cita sin una autorización documentada, tengo la opción de reprogramar la cita o pagar la totalidad de los servicios que reciba en el momento de la visita.

Una de las partes más importantes de su examen ocular hoy es la refracción. Esta es la parte del examen en la que determinamos si una nueva graduación de gafas puede ayudarle de algún modo. También es la forma de determinar la mejor agudeza visual posible y la función de sus ojos, información esencial

Hoda Ahmadi, M.D. | Mark F. Brower, D.O. | Matthew A. Dahlgren, M.D.
Nathan R. Mathews, M.D. | Daniel J. Solverson, D.O.



Eye Physicians & Surgeons, S.C.

1311 S. Lincoln St. Elkhorn, WI 53121 | Phone: (262) 723-4600
675 W. State St. Burlington, WI 53105 | Phone: (262) 763-7772
Fax: (262) 947-4996 | Website: <https://eyephysician.com>

para evaluar sus ojos y detectar problemas, por lo que es una parte necesaria del examen y no opcional. Este NO es un servicio cubierto por Medicare y muchos otros planes de seguro. Si su seguro nos paga la refracción, le reembolsaremos el importe correspondiente. La tarifa de refracción varía cada año.

Las gotas dilatadoras se utilizan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo y permitir al oftalmólogo ver mejor el interior de su ojo. Con frecuencia, las gotas provocan visión borrosa y sensibilidad a la luz durante un periodo de tiempo que puede variar de una persona a otra. Su oftalmólogo no puede predecir en qué medida se verá afectada su visión. Las gotas dilatadoras pueden desencadenar reacciones adversas, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata. Si cree que su conducción puede verse afectada, coméntelo con el médico antes de la dilatación.

Entiendo que un asistente médico acompañará al médico que está anotando mi examen.

Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a facilitar a la Administración de Financiación de Asistencia Sanitaria y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios correspondientes a los servicios relacionados. Autorizo a Eye Physicians & Surgeons, S.C. a ver/importar mi historial de medicación cuando prescriba medicamentos electrónicamente.

Si es usted paciente de un hospital o de un centro de enfermería especializada, esta autorización estará en efecto durante el periodo de su internamiento.

Se me ha ofrecido y/o he recibido una copia del aviso HIPAA de Prácticas de Privacidad, y estoy de acuerdo y lo entiendo.

La adaptación de lentes de contacto es un servicio adicional que no está incluido en el precio del examen oftalmológico. El seguro médico no cubre estos servicios relacionados con los lentes de contacto. Se incluyen todas las citas de seguimiento relacionadas con los lentes de contacto en un plazo de 60 días, así como los lentes de prueba que se dispensen. Las recetas de lentes de contacto son válidas durante un año por ley estatal. Se requiere el pago en el momento de la visita.

Doy mi consentimiento para la entrega digital de mi prescripción de gafas o lentes de contacto(s), ya que es accesible para su descargay puede imprimirse desde el portal para pacientes (<https://eps.ema.md>) de Eye Physicians and Surgeons o aplicación del portal del paciente (APPatient – disponible para descarga en apple o android).

Todas las autorizaciones anteriores estarán vigentes hasta que yo decida revocarlas.

Marcando esta casilla, acepta utilizar un documento electrónico y una firma electrónica. Usted entiende que las firmas electrónicas son legalmente vinculantes.

Firma del Paciente _____
(Firma del paciente o representante autorizado)

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Fecha: _____