

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Account #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Masculino Femenina SS#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Durante el día: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Primer Apellido

Doctor Primario/ de Cabezera : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PACIENTE O DE LA PERSONA RESPONSABLE

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE GARANTE

Nombre de Garante: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO

Seguro Primario:			
Nombre del Suscriptor:	ID#	Grupo #	
Relación al Paciente:	SSN	Cumpleaños:	
Seguro Secundario:			
Nombre del Suscriptor:	ID#	Grupo #	
Relación al Paciente:	SSN	Cumpleaños:	
Planes de Vista:			
Nombre del Suscriptor:	SSN	ID#	Cumpleaños:

## Acuerdo Financiero

- Por favor, recuerde que el seguro se considera un método de reembolso al paciente de los honorarios pagados al medico. Algunas empresas de seguro pagan por ciertos procedimientos, y otros pagan un porcentaje del costo total. Es responsabilidad del paciente de pagar cualquier cantidad como el deducible, copago, porcentaje o cualquier balance que no fue pagado de parte de su seguro. Si usted no tiene seguro Medico, nosotros requerimos que haga su pago total a la hora de su examen. **Si usted tiene un seguro que tenga co-pago o deducible alto, debe ser pagado en su totalidad en el momento de su cita.** Si no hemos recibido su pago después de tres ciclos bancarios, una multa va ser agregado a su cuenta.
- El **examen de refracción cuesta \$ 35.00 y es considerado un servicio que no es cubierto por Medicare.** La refracción se lleva a cabo en exámenes para nuevos pacientes, exámenes completos, y cada vez que la visión de un paciente es de menos de 20/20.  
Que es una refraccion?  
**La Refraccion es el proceso de examen para determinar si necesita lentes, o la necesidad de lentes correctivos.**
- Si en cualquier momento usted no puede mantener su cita, agradeceríamos una llamada de 24 a 48 horas durante nuestro horario de oficina, para que podamos cancelar su cita. Si la cita es cancelada el mismo día o falla a su cita medica, se le cobrará una multa de cancelación de \$ 50.00.
- Los pacientes que no han pagado su cuenta y esten en colleccion son responsables de pagar el **35% de la multa de colleccion** aparte del balance que deben en su cuenta.

Solicito que el pago autorizado de Medicare y / o beneficios del seguro se hagan en mi nombre por los servicios presentados.

Autorizo a cualquier poseedor de mi seguro medico que mande a la Administración Financiamiento de salud, sus agentes, y/o cualquier otro seguro que solicite informacion medica necesaria de mi parte, para determinar los beneficios que sean pagados relacionado a mi salud y visita medica. Este asignamiento se mantenera activo hasta que yo, como el paciente, por escrito suspenda este acuerdo. Una fotocopia de este acuerdo es considerado valido como el original. Yo autorizo el uso de toda informacion mia que sea necessario para asegurar pago de los servicio rendidos.

**Firma del Paciente o Garante**

**Fecha**

## Autorización Para Divulgar Información y Asignación de Beneficio

1. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para tratamiento, pago y coordinacion de mi cuidado medico; esto incluye mi doctor de cabecera o el doctor que me referio a esta clinica. También permito que una copia de esta autorización sea utilizada en el lugar del original. **Su informacion medica y financiero pueden ser mandados por correo o por fax a usted o la persona autorizada.**

**Firma del paciente / Garante**

**Fecha**

2. Si hay alguna persona que usted autorice la oficina para discutir su historia médico, por favor escriba el nombre de la persona en la línea de abajo; esto incluye esposo/a, hijo/a, padres or guardian legal.

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Numero de**  
**Telefono** \_\_\_\_\_

3. He recibido y / o me han ofrecido una copia de el **Aviso de privacidad HIPAA.**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

- **Ultimo Examen De Los Ojos** \_\_\_\_\_
- **Alergia a Medicinas** No \_\_\_ Si \_\_\_ Cuales? \_\_\_\_\_
- **Apunte todo los medicamentos que este tomando (incluyendo para los ojos)**

1	2	3
4	5	6
7	8	9

- **Usted usa lentes de contacto?** Si \_\_\_ No \_\_\_
- **Este Interesado en usar lentes de contacto?** Si \_\_\_ No \_\_\_
- **Usa anteojos?** Si \_\_\_ No \_\_\_
- **Ha tenido cirugía Lasik?** Si \_\_\_ No \_\_\_
- **Esta interesado en la cirugía Lasik?** Si \_\_\_ No \_\_\_
- **Apunte todo los cirujias que haiga tenido:** \_\_\_\_\_

### **Tiene o a tenido alguno de estos problemas medicos? Marque todos que aplique**

Diabetes ___	Presion Alta ___	Derrame Cerebral ___	Ataque al Corazon ___	Colesterol Alto ___	Cancer ___
Otro: _____					

### **Tiene una de las siguientes condiciones? Por favor marque todos que aplique**

Glaucoma ___	Cataratas ___	Sequedad ___	Ojos perezosos ___	Sensibilidad a la luz ___	Parpados caído ___
Picazón ___	Dolor ___	Lagrimo ___	Ojos cruzados ___	Perdida de visión ___	Degeneración Macular ___
Quemazón ___	Mucosidad ___	Embarazo ___	Articulo extraño ___	Luzes/ Floradores ___	Infección de los Ojos/ Parpados ___
Irritación ___			Difuminación ___	Visión distorsionada ___	

Otra condicion: \_\_\_\_\_

### **Historia Social**

- **Usted Conduce/ Maneja?** Si \_\_\_ No \_\_\_
- **Fuma?** No \_\_\_ Si \_\_\_ **Paquetes por día:** \_\_\_\_\_
- **Toma Alcohol?** No \_\_\_ Si \_\_\_ Ocasional \_\_\_ Moderado \_\_\_ Pesado \_\_\_
- **Alguna vez ha tenido una trasfusión de sangre?** Si \_\_\_ No \_\_\_

### **Historia familiar: Por favor, indique relación- P- padre M- madre H- Hermano/a Abuelos- A**

Ceguera ___	Glaucoma ___	Cáncer ___	Colesterol alto ___	Enfermedad de riñón ___
Presión alta ___	Diabetes ___	Lupus ___	Enfermedad de Corazón ___	Enfermedad de tiroides ___

- **MARQUE LA CASILLA SI NECESITA ACOMODACIONES PARA DISCAPACIDAD AUDITIVA ( )**

**ESCRIBA NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

## Examen Ocular de Rutina vs. Examen Médicos

Por favor, lea antes de su Examen de vista

**Exámenes regulares de la visitas son importantes para mantener la visión (durante su vida) por toda la vida. Es importante que esté consciente de los beneficios de su seguro y como se aplica a su visita. Es su responsabilidad e importante que sepa los beneficios de su seguro. Algunos planes de seguros le provén beneficios para un examen rutina, y un examen preventivo por año. Esperamos que esta información le ayudara a entender como su visita se somete a su seguro de su visita de hoy y las visitas futuras con Maryland Eye Institute.**

Beneficios varían dependiendo en la razón de su visita. Su descripción de la condición de sus ojos nos ayudara a determinar si su vista es definida como “Rutina” o “Medica”. Los descubrimientos de sus síntomas y examen de ojos determinaran como su visita es codificada y facturada a su seguro.

**Iniciales-----Examen Rutina de los Ojos** Un “Examen ocular de rutina” ocurre cuando viene para un examen ocular sin un problema médico. El Doctor chequea su ojo para enfermedades en su visión. **Esto NO incluye examen de Lentes de contactos.**

**Es su responsabilidad de decirnos cual beneficio de seguro desea usar: Si reporta tener síntomas durante su visita que esta relacionados con problemas de sus ojos, enfermedades, heridas o si su doctor determino que su problema está incluido en la categoría de “examen de la vista medica”, su visita será codificada como examen médico en vez de rutina, lo cual estará sujetos a un co-pago y deducibles de acuerdo con su plan de seguro.**

**Iniciales-----Examen Médico de los Ojos** Exámenes para a atención médica que son para la evaluación de una queja- relacionada médica o seguimiento de una condición existente son ejemplos de un Examen de la vista que se fracturan a su seguro médico. Ejemplos que se necesitan que su visita sea presentada como a un examen médico son: diabetes mellitus, irritaciones, **ojos** secos, alergias, flotadores, glaucoma, cataratas, desequilibrio de los músculos oculares, ojo perezoso, degeneración macular, y otros. Tenga en cuenta que si tiene diabetes mellitus y quiere que la enviemos una carta a su médico de atención primaria con respecto a su examen de sus ojos, esta visita será codificada como “Examen médico de ojos”. **Esto NO incluye examen de Lentes de Contactos.**

**En resumen, como su examen ocular será entregado a su seguro médico dependerá no solo de lo que dice el doctor, pero también lo que el doctor encuentre en su examen. Su firma abajo indica que entiende la diferencia entre exámenes médicos y rutinas y las posibles implicaciones de estas diferencias con el tipo de examen que se va a facturar y las posibles cuotas que pueden incluir co-pagos, deducibles y co-seguros. Usted es responsable por cualquier de estas cuotas determinadas por su compañía de seguro. Si tiene cualquier pregunta, por favor preguntarle a un miembro de nuestro personal.**

Firma

Fecha

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_

## Poliza de Nuestra Pratica

- **REGLAS DE LAS FORMA DE REFERIDOS**

Los pacientes cuyo seguro requiere una referencia deben tener una referencia válida y actual de su médico de atención primario con el fin de ser visto. Su cita será reprogramada si la referencia electrónica o en papel adecuado no está presente. Si elige ser visto sin necesidad de obtener la referencia valida de su médico, debe firmar una renuncia de su seguro y se espera colectar un pago de totalidad en el momento de la visita.

- **REGLAS PARA CITAS PERDIDAS**

Hay un cargo de \$50.00 por citas perdidas, si no se cancela al menos 24 horas antes de su cita. Esta cuota debe pagarse antes de su próxima visita.

- **REPROGRMACION PARA CITAS DE CIRUGÍA**

Hay un cargo de \$150.00 si no cancela o reprograma su cirugía en 72 horas antes de la fecha de la cirugía.

- **CUOTAS ADICIONALES**

Copia de los registros médicos: \$0.76 centavos por página mas el cobro postal.

- **CUOTAS DE COLECCION**

Si por alguna razón usted no puede pagar el saldo de su cuenta en el momento oportuno y es enviado a nuestra agencia de colección, entonces **usted será responsable de las tarifas de cobro de 35% y otras tasas legales asociados con el proceso de recolección.**

- **POLÍTICA DE DEDUCTIBLES**

Nuestra oficina recauda \$150.00 en cada visita, para el deducible anual del seguro, hasta que se haya alcanzado el deducible asegurado para el año de la póliza de seguro, excluyendo a los pacientes de Medicaid. La recaudación de \$150.00 es solo una parte del saldo; Tenga en cuenta que aún se puede enviar una factura después de que se haya recibido la Explicación de beneficios del seguro. Además del cobro de \$150.00 para el deducible, la práctica también cobrará el copago, si corresponde, en cada visita. Tenga en cuenta que el paciente también es responsable de cualquier coseguro, si corresponde.

Al firmar a continuación, usted está indicando que ha leído y entendido las reglas en que se escriben arriba:

**Firma del Paciente o Tutor** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Imprimir Nombre** \_\_\_\_\_

# Su Exámen Completo de la Vista

Su exámen completo de la vista puede tomar hasta **2 horas** lo cual incluye gotas para dilatar los ojos. Estas gotas medicadas agrandan sus pupilas para que el doctor pueda tener una mejor vista de las estructuras internas del ojo. **Las gotas dilatantes pueden tomar hasta 20 minutos para comenzar a funcionar.** Cuando sus pupilas esten dilatadas, va a experimentar sensibilidad a la luz, por que mas luz está entrando a los ojos. También puede notar dificultad para leer o al enfocar objetos cercanos. Estos efectos pueden durar por varias horas, dependiendo de cuan fuerte sean las gotas usadas.

Si usted no tiene anteojos de sol para usar después del exámen, anteojos desechables se le proveerá para ayudarlo a conducir. La dilatación es muy importante para personas con riesgos de enfermedad de los ojos, por que ayuda para una evaluación mas completa de la salud de los ojos.

**Dependiendo de su necesidad, su doctor puede realizar pruebas adicionales inmediatamente o progamar otra cita para realizarlos otro día.**