

Para Nuestros Pacientes

Quisiéramos agradecerles por darnos la oportunidad de ser su especialista de la visión. Hemos hecho una cita para usted a las _____AM/PM el _____ con el Dr. Cartwright o la Dr. López.

Estamos comprometidos en proveerle un servicio de alta calidad. Para realizar un nivel de excelencia, necesitamos proveerle información de lo que necesitamos de usted.

Le pedimos que se prepare para una espera estimada de dos horas para su cita. Durante este momento nuestros técnicos estarán escudriñando su historial médico, realizando dilatación, pruebas, y estará conociendo a su doctor.

Sinceramente,

Equipo Gerencial de Medical Eye Associates

Bienvenidos a Nuestra Oficina

Fecha: _____ Numero de Seguro Social _____

Nombre del Paciente: _____ / _____
(First) (MI) (Last) (Nombre de preferencia)

Estado Civil: Soltero(a)/ Casado(a)/ Divorciado(a)/Viudo(a)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: F M

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfonos:

Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____ Correo electrónico: _____

Nombre de Conyugue: _____ Residencial #: (____) _____

Patrono: _____ Work#: (____) _____

Ha visto otro doctor de los ojos? Si/No Para la misma condición? Si/No

Referido por: _____ Número de Teléfono:(____) _____

Doctor de Cabecera: _____ Número de Teléfono:(____) _____

Información del Seguro Medico

Seguro Medico Primario: _____

Nombre de Asegurado Principal: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social: _____ Número de Membresía: _____

Seguro Medico Secundario: _____

Nombre de Asegurado Principal: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social: _____ Número de Membresía: _____

Contactos de Emergencia

En el evento de una emergencia, por favor comuníquese con: _____

Número de Teléfono:(____) _____ Relación: _____

Dirección: _____

Nombre de familiar/conocido que NO resida con usted: _____

Número de Teléfono:(____) _____ Relación: _____

Dirección: _____

NOTA: TODO PAGO ES HECHO EN EL MOMENTO DE SERVICIO

€ Yo, certifico que la información es correcta. Yo, autorizo el relevo de información médica a seguro medico con el propósito de obtener los pagos correspondientes. Yo, autorizo los pagos de seguro medico que sean hechos a Eye Center Inc. Para todo servicio servido en Eye Center Inc.

€ Yo entiendo que el seguro medico es un contrato entre dos partes, seguridad y yo. Entiendo de que soy responsable por referidos requeridos, co-pagos, y deducibles. En el evento de no obtener lo necesario seré responsable por el total de los servicios adquiridos.

€ Yo autorizo este formulario para uso de propósitos el seguro medico. Entiendo que soy responsable por mi factura. Al igual que autorizo copias de este formulario para propósitos el seguro medico.

€ Yo entiendo que estoy sujeto(a) a una **penalidad de \$25 por no cancelar en un periodo de 24 horas** antes de la cita o no venir a la cita sin aviso.

€ Yo entiendo que estoy sujeto(a) a una penalidad de \$100 por no cancelar en un periodo de 24 horas antes de la cita de Laser o no venir sin aviso.

Firma de Paciente/o tutor legal

Fecha

NOTE: ANY UNPAID BALANCES FROM PREVIOUS VISITS, OR NON ALLOWED CHARGES/NON-COVERED SERVICES MUST BE PAID IN FULL TODAY. I request that authorized Medigap benefits (if applicable) be made on my behalf to Medical Eye Associates. I authorize Medical Eye associates to contact the State Ins. Commissioner on my behalf in which state my insurance company domiciles to collect their payment. SIGNING THIS FORM CERTIFIES YOUR AGREEMENT WITH ALL THE STATEMENTS ABOVE. If you disagree with any statement, please discuss with us before signing.

Aviso Anticipado de la responsabilidad del paciente por servicios no cubiertos

NOTA: Si es necesario una prueba de refracción para determinar una receta para sus anteojos un cuota de \$40.00 se aplica en el momento de la visita. Esta prueba está cubierta por el seguro de visión solamente. El examen de refracción no esta cubierto por el seguro médico.

Paciente

Fecha

GOTAS

Con el fin de realizar una evaluación completa de la salud de sus ojos, a veces es necesario dilatar las pupilas con gotas para los ojos. Le informamos de la posibilidad de disminución significativa de la visión después de la dilatación y conducción de automóvil puede ser difícil.

Paciente

Fecha

Asignando El Relevo De Información Médica/Quirúrgico

Yo, _____ irrevocablemente asigno la transferencia de pagos y/o beneficios médicos de los cuales estoy sujeto proveídos por el Doctor Mont J Cartwright y el Doctor William Reihl. Conforme a que comuniquen con la seguridad, grupo de seguridad, Medicare, Medicaid, seguridad automovilística, u otra cobertura para autorizar beneficios monetarios hacia los servicios citados a los proveedores mencionados. Esta asignación se honorará en unión a herederos, ejecutores y administradores.

Yo, entiendo que seré responsable en totalidad por cualquier balance que no sea cubierto a través de deducibles, co-seguros o servicios no cubiertos.

Yo, autorizo el relevo de información médica a seguro médico con el propósito de cubrir reclamos médicos por los servicios proveídos por los proveedores mencionados anteriores.

Yo, autorizo el relevo de expedientes médicos a proveedores a los cuales soy referido al igual que el doctor primario/cabecera, en el evento de que sean solicitados.

Toda foto tomada en la propiedad de Medical Eye Associates podrían ser utilizadas para el propósito de autorización para el seguro médico, propósitos educativos y/o publicaciones. Fotos originales no pueden ser relevadas. Esto autoriza, que Yo certifico el consentimiento de que me tomen fotos en movimiento o no y que pueden ser utilizadas. Fotos con un propósito pueden servir para propósitos múltiples incluyendo publicidad y mercadeo.

Copia de este documento es servible tanto como el original.

Fecha

Firma del paciente/o autorizado

Testigo presenciado

Relevo de Información del Paciente Autorización

Por favor enliste los nombres de las personas autorizadas a recibir información de Medical Eye Associates, Doctors Surgery Center, and American Optical con referencia a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico por otr interes que no sea relacionado con su tratamiento y pago. Cuando la(s) persona(s) autorizadas que pidan su información deben presentar una identificación con foto. Cuando estas personas pidan sus archivos medicos deben tener consigo su nombre, número de telefono, fecha de nacimiento y seguro social para verificación. Estos nombres permaceran en su archive medico hasta que usted pida su remoción.

Nombre

Relación con paciente

Firma de Paciente

Fecha

Nombre de Paciente

Acct#: _____

Terminología de Seguridad para el Paciente

Proveedor participante: Cualquier doctor que acepte el admisible de Medicare (no el pago de Medicare) como el monto del pago.

Admisible de Medicare: La cantidad que Medicare permite que el proveedor colecte, puede ser igual o más que el precio actual del proveedor.

Pago de Medicare: Medicare paga por 80% del costo admisible después que el deducible de \$183 es cubierto.

Deducible de Medicare: Medicare requiere que el deducible anual de \$183 sea cubierto por el paciente.

Co-pago de Medicare: El co-pago de Medicare es el 20%, la cual no es cubierto por Medicare. Cuando el deducible es completado entonces el paciente es responsable por 20% de los cargos.

Fuera de su Bolsillo: Medicare requiere que el paciente sea responsable por el deducible de \$183 y el 20% tan pronto el deducible es completado.

Seguro Complementario: El paciente puede comprar por separado una póliza complementaria que cubra el deducible y co-pago de Medicare. Todo depende de la política de ese seguro complementario que el paciente elija.

Firma del Paciente/tutor legal

Fecha

Notificación de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA ES UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE ACCEDERLA

POR FAVOR REVISE DETENIDAMENTE

Esto es un resumen y una versión concentrada de nuestras prácticas de privacidad, la versión completa se encuentra después de este resumen.

Nosotros entendemos que su información médica es personal para usted, y estamos comprometidos con usted para proteger su información. Como nuestro paciente nosotros creamos un expediente sobre su tratamiento y los servicios utilizados hacia su tratamiento. La ley requiere que su información sea protegida por ende mantener en privado.

¿Cómo utilizaríamos o revelaríamos su información? Aquí hay ciertos ejemplos (para más detalles refiérase a la versión completa de ese aviso que sigue luego)

- Tratamiento medico
- Obtener pago de la seguridad/as
- En situaciones de emergencia
- Para citas y recordatorios de citas
- Para propósitos de mejorar el servicio con eficiencia manteniendo cualidad en el tratamiento.
- Investigaciones científicas
- Para evitar serias amenazas a la salud o seguridad.
- Órganos donativos
- Programas de Compensación para el empleado.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido transgredidos, usted tiene derecho a presentar una queja con la practica o el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con la práctica, por favor comuníquese con nuestra gerente principal. Todas las quejas deben de ser sometidas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Usted posee ciertos derechos referentes a su información privada. Estos incluyen:

- El derecho de inspeccionar y tomar copias
- El derecho de enmendar
- El derecho de mantener conteo de los relevos de su información
- El derecho de solicitar restricciones
- El derecho de obtener una copia de este documento
- El derecho de solicitar.

Para más información, siguiente está completo y en detalle la Notificación de Prácticas de Privacidad

Notificación de Prácticas de Privacidad

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información.

REVÍSE DETENIDAMENTE

La portabilidad del seguro de salud y la ley de contabilidad del 1996 (HIPAA) es un programa federal que requiere que todo expediente médico u otra información individualmente identificable que sea utilizada o relevada electrónicamente, en papel u oral sea confidencial en su totalidad. Esta ley le provee a usted, el paciente, el derecho de entender y controlar su información medica personal. HIPAA está obligada a penalizar legalmente a organizaciones cubiertas por el mal uso de su información médica personal.

Es un requisito de HIPAA, de proveerle una explicación de nuestro protocolo referente al relevo de su información y la seguridad de su información médica.

Nosotros utilizamos y relevamos información y/o su expediente médico para los siguientes propósitos: tratamiento, pagos, y la operación de la organización.

- Tratamiento es en base de los servicios proveídos, la coordinación de ellos, y el manejo del tratamiento sea con uno o más proveedores. Por ejemplo; de ser necesario el referido a un especialista de la retina.
- Los pagos son en base a los servicios adquiridos. Obtener reembolso por los servicios, confirmar la cobertura, facturación, cuentas que por falta de pago llegan al punto de delincuencia en casas acreditares, y revisión de utilización. Un ejemplo; enviar su factura a la seguridad.
- La operación de la organización utiliza su información para mejorar ciertas operaciones y/o protocolos, conduce evaluaciones, auditorias, para costos de análisis de gestión y servicio al cliente. Por ejemplo; tarjetas de encuestas sobre su experiencia con nosotros, para los pacientes nuevos.
- Nuestra práctica también hace relevo de su información para el cumplimiento de la ley en el evento de que tengan razones legítimas para obtenerlas.

Existe la posibilidad de que nos comuniquemos con usted atreves del teléfono o por escrito para proveerles recordatorios o información sobre tratamientos alternos u otros beneficios o servicios relacionados con su salud en adicional otros métodos de comunicación de recaudo de fondos de su interés. Usted si tiene el derecho de no ser parte de comunicaciones de recaudo de fondos.

Las siguientes medidas de relevo solo suceden cuando obtenemos autorización por escrito de usted, el paciente:

- Mayormente el uso y el relevo de notas de psicoterapia.
- Para propósitos de mercadeo que incluyen las operaciones de la organización y los protocolos de cuidado médico.
- Divulgaciones que constituyen una venta de información médica personal bajo HIPAA; y
- Otros usos no descritos en este aviso.

Usted tiene el derecho de revocar por escrito, estamos obligados a honrar y acatar esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hemos tomado medidas basándonos en su autorización. Usted tiene los siguientes derechos sobre su información personal médica.

- El derecho de solicitar ciertas restricciones sobre el uso y relevo de la información personal médica incluyendo relevos de información de miembros de la familia, otros parientes, amistades cercanas, u otras personas que son identificadas con usted. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con una restricción de solicitud, excepto en circunstancias limitadas que se explicarán si usted pide. Si aceptamos la restricción, debemos cumplirla a menos que usted acuerde por escrito eliminarla.
- El derecho a peticiones razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida por medios alternativos u otros lugares alternativos.
- El derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida
- El derecho a modificar su información médica protegida
- El derecho a recibir una contabilidad del relevo de su información de salud protegida
- El derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros a petición
- El derecho a ser informado si su información está desprotegida, sea intencional o no relevado involuntariamente

Si usted ha pagado los servicios de su bolsillo en su totalidad y solicita que no revelemos su información médica únicamente a esos servicios a un plan de salud, acomodaremos su solicitud, excepto cuando la ley nos exija que haga el relevo.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica y proporcionarle la notificación de nuestras obligaciones legales y nuestra práctica de privacidad con respecto a la información médica protegida ({PHI}, por sus siglas en inglés).

Esta notificación es efectiva a partir de, y es nuestra intención cumplir con los términos del aviso de prácticas de privacidad e HIPAA reglamento vigente.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso de práctica de privacidad y hacer que la nueva disposición de notificación sea efectiva para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia escrita de la notificación revisada de práctica de privacidad de nuestra oficina.



MONT J. CARTWRIGHT, M.D., F.A.A.C.S
Diplomate, American Board of Ophthalmology

VIVIANA LOPEZ O.D.
Optometric Physician

Usted tiene recurso si usted siente que sus protecciones han sido violadas por nuestra oficina. Usted tiene el derecho de presentar una queja formal y escrita a nuestra oficina y al departamento de salud y servicios humanos de la Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted por llenar una queja.

No dude en ponerse en contacto con el oficial de cumplimiento de prácticas para obtener más información, en persona o por escrito.

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

DECLARACIÓN DE PACIENTE

Yo _____, certifico que no soy miembro de ninguna organización de mantenimiento de la salud (HMO) que no tenga un acuerdo de proveedor con Medical Eye Associates, Doctors Surgery Center y American Optical.

También cerifico que si enlisto en cualquier organización de mantenimiento de la salud (HMO) con la cual Medical Eye Associates, Doctors Surgery Center y American Optical no tenga un acuerdo de proveedor, tomo completa responsabilidad del monto complete por cualquier cargo con cualquiera de los abastecedores mencionados anteriormente.

Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Consentimiento Informado Del Tratamiento

Nombre del Paciente/ de ID#: _____ FECHA: _____

Yo, _____ (nombre del paciente), doy el consentimiento a los servicios de atención médica ofrecidos y proporcionados por Medical Eye Associates y proveedor de salud. Entiendo que estoy dando mi consentimiento y estoy de acuerdo sólo con los servicios que el proveedor mencionado anteriormente está calificado para realizar.

Si el paciente es menor de 18 años o deshabilitado para consentir tratamiento, certifico que tengo la custodia legal de la persona arriba mencionada y estoy autorizado para iniciar y consentir el tratamiento y / o legalmente autorizado para iniciar y consentir tratamiento en nombre de esta persona.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente : _____

Estimado Paciente,

Para su comodidad y seguridad, estamos introduciendo un servicio computarizado de prescripción que mejorará tanto la precisión como la conveniencia de prescribir la medicación. Este programa permitirá la transmisión electrónica de la mayoría de sus recetas directamente a su farmacia de elección y eliminará el tiempo de espera. En la mayoría de los casos, también acomodará la transmisión de su receta a las farmacias de pedido por correo.

Para implementar este nuevo programa necesitamos recopilar alguna información de usted en las farmacias de su elección. Definiremos una farmacia como su farmacia principal, sin embargo, también puede proporcionar la información para diferentes farmacias que se utilizarán como alternativa. Además, si usted tiene un programa de beneficios por correo, por favor proporcione esa información seleccionando el cuadro apropiado a continuación.

Entendemos que usted tal vez no tenga la información completa de la farmacia con usted. Hoy, por favor proporcione cualquier información posible con respecto a la ubicación (calle, ciudad, teléfono y fax), ya que cualquier información proporcionada será útil.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Farmacia Principal

Nombre (i.e. CVS, Walgreens etc.): _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Fax: _____

Farmacias Adicionales

Nombre (i.e. CVS, Walgreens etc.): _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Fax: _____

Nombre (i.e. CVS, Walgreens etc.): _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Fax: _____

Medco CareMark Express Scripts Pharmacare Other

Por favor liste sus alergias: _____