



FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

FECHA: _____

NOMBRE: _____ DOCTOR PARTICULAR: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ SEXO: M F

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO MARITAL: • SOLTERO • CASADO • VIUDO • DIVORCIADO/A

DIRECCION: _____

CIUDAD _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ CELL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

EMPLEADOR: _____

NOMBRE DE CONYUGE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE CONYUGE _____

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE A LO ANTERIOR)

NOMBRE: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ SEXO: M F

DIRECCION: _____

CIUDAD _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____ CELL: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ NUMERO DE POLICA _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DEL NACIMIENTO _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ NUMERO DE POLICA _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DEL NACIMIENTO _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

MI FIRMA A CONTINUACIÓN ACUSA RECIBO DEL AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD DE NEVADA EYE PHYSICIANS.

FIRMA

FECHA

NOMBRE

SEGURO SOCIAL



CONTACTO CON EL PACIENTE

Nevada Eye Physicians puede comunicarse con usted con respecto a citas, resultados de exámenes, asuntos financieros, inquietudes de facturación por teléfono a cualquier número asociado con su cuenta y dejar un mensaje según sea necesario. Esto puede incluir números de teléfono inalámbricos, lo que podría resultar en cargos para usted. También podemos comunicarnos con usted enviando correos electrónicos, si se nos proporciona un correo electrónico. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un sistema de marcación automática, si corresponde.

Mi MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO es:

Numero de Telefono: _____ Celular: _____
 Correo Electronico: _____ Otro: _____

Nevada Eye Physicians les recuerda a nuestros pacientes sus citas por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico.

DIVULGACIÓN DE LA PHI A LAS PARTES ESPECIFICADAS

¿Tenemos permiso para dar su información médica protegida a cualquier persona involucrada en su cuidado? SI NO

Si la respuesta es "Sí", indique el (los) nombre (s) de la (s) persona (s) que tiene permiso para acceder a su información médica protegida. No utilice descripciones generales como "familia" o "amigo". Necesitamos nombre, relación y número de teléfono. Además, indique la información a la que tienen acceso, por ejemplo, "registros médicos completos", "fechas específicas", "tipos específicos de examen", etc.

Nombre _____
 Relacion _____
 Informacion _____
 Telefono _____

Nombre _____
 Relacion _____
 Informacion _____
 Telefono _____

Entiendo que mi permiso para la divulgación de mi información de salud protegida a las partes mencionadas anteriormente se mantendrá vigente indefinidamente, a menos que se revoque por escrito.

Nombre de Paciente _____ Paciente/Padre/Guardian Firma _____ Fecha _____

Firma del representante para el pacient, si no puede firmar _____
 Relacion _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DE TUTELA Y / O HOSPICE

¿Alguien tiene poder notarial o tutela legal para usted? Si no

¿Está actualmente bajo atención de hospicio para pacientes ambulatorios o ambulatorios? Si no

Si respondió que sí, a cualquiera de estas preguntas, proporciénonos la información de contacto del tutor y / o el hospicio. Nevada Eye Physicians también necesita una copia del POA o la documentación de tutela legal, si corresponde.

Nombre del guardián legal _____ Numero de Telefono _____

 Lugar de Hospice Nombre del administrador del caso de Hospice Service Número de teléfono



NEVADA EYE PHYSICIANS

A C U E R D O F I N A N C I E R O

Estimado paciente:

Gracias por elegir a Nevada Eye Physicians como su proveedor de atención oftalmológica. La siguiente es nuestra Política financiera, que le ayudará con sus inquietudes sobre nuestros procedimientos de facturación y pago.

El pago de los servicios vence en el momento en que se presta el servicio. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales, tarjetas de débito, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Enviaremos un reclamo de seguro en su nombre. Si su proveedor no tiene contrato con nuestra práctica, le enviaremos una factura de cortesía en el entendido de que lo que el seguro no pague; el saldo es su responsabilidad de pagar dentro de los 30 días de su primer estado de cuenta. **SI TIENE UN COPAGO, SE RECOGERÁ EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. Tenga en cuenta que no enviamos copagos a una aseguradora secundaria.** Le daremos la información adecuada para hacerlo por su cuenta.

Usted es responsable de conocer los beneficios de su seguro. ¿Cuáles son los servicios cubiertos en su plan? ¿Su seguro requiere una derivación del médico de atención primaria (PCP)? ¿Su médico participa en el plan? **Si usted es miembro de la HMO, es responsable de obtener referencias / autorizaciones de su PCP y / o proveedor.** Los pacientes son responsables de los saldos deducibles, coseguros y montos no cubiertos **en el momento del servicio.** Los saldos facturados vencen dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta.

Tenga **TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO Y UNA ID DE FOTO DISPONIBLE PARA FOTOCOPAR EN TODO MOMENTO.** Cualquier cambio en el seguro, la dirección, el número de teléfono o la información de contacto de emergencia debe informarse de inmediato.

Apreciamos la oportunidad de examinar y cuidar sus ojos. En el mundo de los seguros de salud, Medicare y la mayoría de los otros proveedores **NO CUBRIRÁN LA PARTE DE REFRACCIÓN DEL EXAMEN.** Esta parte determina si su visión se puede mejorar o no con anteojos y se necesita para dispensar anteojos u obtener la aprobación para **CUALQUIER** cirugía. **Por lo tanto, queremos que tenga en cuenta que hay una tarifa de \$ 40 por las pruebas de refracción al momento de la prestación de los servicios.** Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar.

Recuerde que las autorizaciones de seguros / referencias para servicios **NO** garantizan el pago. Si su seguro no se paga en su totalidad dentro de los 60 días, le solicitamos que se comunique con ellos, ya que los cargos se transferirán a usted. Le exigimos que pague el saldo adeudado a pesar de que su compañía de seguros eventualmente pueda procesar su reclamo. Luego se le enviará un reembolso. Los intereses sobre saldos vencidos se acumularán a una tasa del 1.5% mensual. Habrá una tarifa de \$ 25.00 por todos los cheques devueltos. En caso de que su cuenta se convierta en morosa y sea remitida a una agencia de cobranza, usted será financieramente responsable por los costos de cobranza y / o los honorarios legales. Los costos de cobro se calculan agregando al principio el mayor de \$ 25 o una cantidad del 35% en exceso del saldo adeudado.

Solicito que el pago de Medicare autorizado o cualquier beneficio de terceros se realice al NEVADA EYE PHYSICIANS en mi nombre por cualquier servicio que se me haya brindado. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgarla al Centro de Servicios de Medicare / Medicaid y sus agentes o cualquier otro El tercero pagará cualquier información para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por el servicio relacionado.

Nombre impreso del paciente / parte responsable Firma del paciente / parte responsable

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nascimento: _____ PCP: _____ Fecha: _____

Allergias (Circule)

Penicilina Sulfas Cipro Levaquin Esteroides Aspirina Iodine Codeine Otro: _____

Historia médica pasada

Si Diabetico: _____

Cirugias Anteriores

Razón Fecha

Razón Fecha

Historia social

¿Tiene alguno de los siguientes? Por favor circule todo lo que corresponda.

Sintoma	Si	No	Sintoma	Si	No
Dolor de espalda			Dolor Abdominal		
Hinchazon			Agruras		
Pérdida de la audición			Diabetis		
Latido de Corazon Irregular			Mareos		
Palpitaciones del Corazon			Ojos o Piel Reseca		
Hinchazon de las Piernas			Cambios Emocionales		
Asthma			Fatiga		
Sangrado			Alergias ambientales		
Dolor de Cabeza			Caidas En El Pasado?		

SIDA/HIV
Diabetis De-
generacion
Macular Ar-
tritis

Historia Familiar Adoptado, Historia Familiar desconocida

Glaucoma

Enfermedad	Si	No					
Amblyopia			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Degeneracion Macular			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Enfermedad Retinal			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Estrabismo			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Precion Alta			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Diabetis			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Enfermedad de Corazon			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Asthma			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Cancer			Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuelo/a

De-



Para ayudar a Nevada Eye Physicians a facturar adecuadamente su examen hoy, seleccione un examen general o médico a continuación. No podemos facturar parte de su examen médico y parte de su examen médico general. **Deberá elegir uno u otro antes de su examen.** Esta selección no se puede cambiar una vez que la reclamación se haya facturado a su seguro según su selección a continuación. Si no está seguro de qué selección hacer a continuación, pregunte antes de comenzar su examen.

Examen medico

Un examen médico es para el tratamiento de cualquier condición médica, síntomas, lesiones o condición crónica. Algunos ejemplos de una condición médica son glaucoma, cataratas, diabetes, destellos y flotadores, dolor de cabeza, alergias o problemas musculares. **La mayoría de los seguros médicos no cubren una tarifa de refracción** y estará sujeto al deducible, copago y / o coseguro de su plan para un médico / especialista.

Estoy aquí para un examen médico de la vista hoy. Mi seguro médico es:

<input type="checkbox"/> Humana	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> BCBS	<input type="checkbox"/> Caremore
<input type="checkbox"/> AARP Medicare	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> SHL	<input type="checkbox"/> Culinary
<input type="checkbox"/> United HealthCare	Prominence	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Other

Examen general

Los seguros de visión general son generalmente pólizas separadas que son provistas por su seguro y tienen un nombre diferente. Los seguros de visión de rutina cubren un examen para la salud general de su ojo cuando no tiene ningún problema más que la necesidad de un examen general o una nueva receta de anteojos. Si elige hacerse un examen de la vista de rutina y su médico encuentra un problema médico, le recomendarán que regrese para un examen médico en una fecha posterior. General examination

Estoy aquí para un examen de visión general hoy. Mi seguro de visión es:

- Davis Vision - Nevada Eye Physicians no es proveedor – Yo pagare por mi examen
- Spectera Vision - Nevada Eye Physicians no es proveedor – Yo pagare por mi examen
- Humana/Caremore
- Culinary
- Eye Med /Blue View Vision/Cigna Vision (No somos proveedores para ningun plan)
- South Point
- State of NV Employees
- VSP/MetLife
- Other: _____

Nombre del Paciente: _____ Doctor Particular: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____