



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:

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

Telefono de Casa [] Cellular [] Correo Electronico [] Otro [] _____

LIBERACION DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

¿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 liberar mi información de salud protegida a las personas 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 paciente, 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, proporciónenos 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



CONSENTIMIENTO PARA OBTENER LA HISTORIA DE MEDICAMENTOS

Un historial de medicamentos es una lista de medicamentos recetados que nuestros proveedores o otros proveedores le han recetado. Una variedad de fuentes, incluidas farmacias y aseguradoras de salud, contribuyen a la recopilación de esta historia. La información recopilada se almacena en nuestro sistema de registro médico electrónico y se convierte en parte de su registro médico personal. El historial de medicamentos es muy importante para ayudar a los profesionales de la salud a tratar sus síntomas y/o enfermedades de manera adecuada y para evitar interacciones potencialmente peligrosas con otros medicamentos. Es muy importante que usted y su proveedor analicen todos sus medicamentos para asegurarse de que su historial de medicamentos registrado sea 100% preciso. Algunas farmacias no ofrecen información sobre el historial de medicamentos, y es posible que su historial de medicamentos no incluya los medicamentos comprados sin usar su seguro de salud. Además, es posible que no se incluyan los medicamentos de venta libre, los suplementos o los remedios a base de hierbas que los pacientes toman por su cuenta.

Doy mi permiso para permitir que mi proveedor de atención médica obtenga mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y mis otros proveedores de atención médica. Este consentimiento permanecerá vigente por tres años.

Nombre del Paciente/Padre/Tutor _____ Firma _____ Fecha _____

Idioma Preferido

- ¿Cual idioma usa en casa, o considera su idioma primario? _____
(Si su respuesta es Ingles, salte la pregunta #2.)
- Si Ingles no es su idioma preferido, usted indicaria que habla ingles (escoja una opcion):
 Muy Bien Bien No Muy Bien Nada

INFORMACIÓN CULTURAL ANTECEDENTES

<i>El gobierno federal exige que hagamos las siguientes preguntas a nuestros pacientes. Proporcionar la información a continuación es voluntario y no tiene ningún impacto en su atención médica ocular en Nevada Eye Physicians.</i>	
Por favor llene las Secciones 1 Y 2.	
SECCIÓN # 1 - ETNICIDAD (Marque una casilla en la Sección 1. Continúe con la pregunta Sección 2 independientemente de su respuesta en la Sección 1)	
<input type="checkbox"/> Hispano or Latino	Una persona de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sudamericano o Centroamericano u otra cultura u origen español (independientemente de la raza).
<input type="checkbox"/> No-Hispano or Latino	
SECCIÓN # 2 - RAZA (Marque una casilla)	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	Una persona que tenga su origen en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluido América Central), y que mantenga una afiliación o comunidad tribal adjunto archivo.
<input type="checkbox"/> Asiatico/a	Una persona que tenga su origen en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otra isla del Pacífico	Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
<input type="checkbox"/> Blanco	Una persona que tenga su origen en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte.
<input type="checkbox"/> Otro (describa)	
<input type="checkbox"/>	Prefiero no contestar estas preguntas.



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 FOTOCOPIAR 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 \$50 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 comunice 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

Fecha