

Información del Paciente

Identificación

Primer Nombre Legal: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Género: Masculino / Femenino / Otro / Prefiero no decir

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ SSN#: _____

Dirección

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

País: _____

¿Está bien recibir correspondencia? ☐ Sí ☐ No

Información de Contacto

Teléfono de Casa: _____ ¿Está bien dejar un mensaje de voz? ☐ Si ☐ No

Teléfono Móvil: _____ ¿Está bien dejar un mensaje de voz? ☐ Si ☐ No

Correo Electrónico: _____

Método de Contacto Principal: ☐ Casa ☐ Móvil ☐ Correo Electrónico

Método de Contacto Secundario: ☐ Casa ☐ Móvil ☐ Correo Electrónico

Demografía

Raza: ☐ Blanco ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐

Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico ☐ Otra Raza ☐ Prefiero no decir

Estado Civil (marque con un círculo): Soltero / Casado / Viuda / Viudo

Etnicidad: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Prefiero no decir

Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Estado de Fumador: ☐ Fumador ☐ No Fumador

Contacto de Emergencia

Primer Nombre Legal: _____

Apellido: _____

Relación: _____

Teléfono Principal: _____

Teléfono Secundario: _____

Empleo

Estado de Empleo: _____

Empleador del Paciente: _____

Ocupación: _____

Teléfono del Trabajo (ext.): _____

Información del Garante

Primer Nombre Legal: _____

Empleador: _____

Fecha de Nacimiento: _____

SSN#: _____

Información del Seguro

Seguro Médico Primario: _____

Fecha de Vigencia: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de Póliza: _____

Nombre del Empleador: _____

Relación con el Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____

Seguro Médico Secundario: _____

Fecha de Vigencia: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de Póliza: _____

Nombre del Empleador: _____

Relación con el Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____

Seguro de Visión Primario: _____

Fecha de Vigencia: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de Póliza: _____

Nombre del Empleador: _____

Relación con el Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____

Seguro de Visión Secundario: _____

Fecha de Vigencia: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de Póliza: _____

Nombre del Empleador: _____

Relación con el Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____

POR FAVOR PRESENTE SUS TARJETAS DE SEGURO EN LA RECEPCIÓN O AL ASOCIADO DE MOSTRADOR

Consentimiento del Paciente

- Por la presente autorizo y solicito el tratamiento médico necesario para el cuidado del paciente mencionado arriba.
- Autorizo a EyeSouth Partners y sus afiliados (Eyecare Associates) a usar y divulgar información de salud protegida para completar el tratamiento, pago y operaciones de atención médica del paciente mencionado. Entiendo que esto puede incluir la entrega de todos los registros médicos al médico remitente, a los médicos de la familia y a mi compañía de seguros. Si es necesario, permitiré la transmisión por fax de mis registros médicos.
- Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados por EyeSouth Partners (Eyecare Associates). Entiendo que el pago se debe realizar en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos financieros definitivos antes del tratamiento. Acepto pagar todos los honorarios razonables de abogados y costos de cobranza en caso de incumplimiento en el pago de mis cargos.
- Además, autorizo y solicito que los pagos del seguro se realicen directamente a EyeSouth Partners (Eyecare Associates) si así lo acuerdan.
- Reconozco que mi método de contacto principal puede ser usado únicamente para transmitir información sobre citas, resultados de pruebas no críticas u otra información general.
- Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa, y entiendo y acepto todas las responsabilidades del paciente previamente descritas.
- Por la presente entiendo que puedo ser contactado por correo electrónico, teléfono o correo postal para recibir un **Estimado de Buena Fe (Good Faith Estimate)**.

He leído y comprendo completamente el consentimiento anterior para el tratamiento, la liberación de información de salud protegida, la responsabilidad financiera y la autorización de seguros.

Firma del Paciente o Representative Personal

Fecha

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

Se me ha ofrecido y he revisado una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Eyecare Associates (EyeSouth Partners). Al completar este formulario, autorizo a mi médico y/o al personal administrativo de Eyecare Associates a divulgar información médica general y otra información de salud protegida a las siguientes persona(s) y/o entidades que se indican a continuación. Si no se indica ninguna persona, la información de salud protegida no será divulgada, excepto en las situaciones descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre y relación de la(s) persona(s) a quienes usted elige permitir el acceso — por ejemplo, su cónyuge, hijo, padres, vecino, cuidador, amigo cercano:

Nombre de la Persona

Entidad Relacion

Esta autorización para usar y divulgar la información de salud protegida se presenta a solicitud mía y estará vigente hasta que sea revocada por escrito por mí o, si el propósito de la divulgación está relacionado con una investigación, hasta el final del estudio de investigación.

Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada por Eyecare Associates (EyeSouth Partners) y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación escrita al contacto de privacidad de la clínica en **4324 Veterans Blvd, Metairie, LA 70006**. Entiendo que una revocación no será efectiva en la medida en que mi médico haya confiado en el uso o divulgación de la información de salud protegida, o si mi autorización fue otorgada como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene derecho legal a impugnar un reclamo.

Mi médico no condicionará mi tratamiento, pago o inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si corresponde) a que yo proporcione autorización para el uso o divulgación solicitada, excepto:

1. Si mi tratamiento está relacionado con investigación, o
2. Si los servicios de atención médica me son proporcionados únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a un tercero.

Firma del Paciente o Representative Personal

Fecha

Nombre en letra de molde del Paciente o Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Autorización para el Uso y Divulgación de Información Financiera

Al firmar este formulario, yo, _____, autorizo a **EyeSouth Partners** (Eyecare Associates) a divulgar información financiera personal a:

Nombre

Relación

Esta autorización es válida a partir del ____ / ____ / ____, fecha en que firmé a continuación. Esta permanecerá vigente hasta que notifique su cancelación o por el resto del año calendario.

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Firma del Paciente

Firma del Padre o Madre o Tutor
(si el paciente es menor de edad)

Relación

Fecha

Política de Citas Perdidas

Queremos agradecerle por elegirnos como su proveedor de cuidado ocular. Para brindarle a usted y a todos nuestros pacientes la mejor atención posible, le pedimos que revise nuestra política respecto a las citas perdidas. Entendemos que ocasionalmente surgen circunstancias que no le permiten asistir a su cita, pero no presentarse a la hora asignada sin enviar un aviso de cancelación con al menos 24 horas de antelación resultará en que se registre una cita perdida en su historial.

Tarifa de Refracción

El proceso de refracción determina la prescripción para sus lentes y ayuda en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades oculares. La refracción no incluye ningún examen o prueba de detección adicional. Las normas federales requieren que la refracción se facture por separado para todos los pacientes. Medicare no cubre la refracción. Dado que Medicare considera este servicio como no cubierto, su seguro complementario también denegará el pago. Aunque algunos planes de seguro pueden reconocer y pagar las refracciones, la mayoría no lo hace. La refracción se realiza en casi todos los exámenes completos de la vista y se espera el pago en el momento del servicio, a menos que se haya verificado cobertura y elegibilidad.

Tarifas de Adaptación de Lentes de Contacto

Una adaptación de lentes de contacto determina si los lentes se ajustan de manera segura a sus ojos y cuáles lentes proporcionan la mejor visión, comodidad y salud ocular. El proceso incluye la medición de los ojos; el diseño y selección de lentes; y visitas de seguimiento. Después de usar los lentes de contacto por un período de tiempo, su médico requerirá un reexamen al menos una vez al año para verificar que su prescripción de lentes de contacto sigue siendo adecuada y saludable para sus ojos. La mayoría de las veces, los seguros médicos no cubren estos servicios, aunque algunos planes de visión proporcionan cobertura parcial para servicios de lentes de contacto. Consulte con su aseguradora para verificar qué cobertura tiene para servicios de lentes de contacto. Nuestras tarifas de adaptación de lentes de contacto van de \$100 a \$350, dependiendo de las necesidades específicas o la complejidad. Las tarifas de renovación y readaptación de lentes de contacto varían de \$60 a \$150. Las tarifas de adaptación de lentes de contacto se deben pagar en el momento del servicio. No se entregarán lentes de contacto antes del pago de estas tarifas.

He leído y entiendo las políticas mencionadas arriba.

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Firma del Paciente / Padre o Madre o Tutor: _____

Fecha: _____

Historial Médico

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Teléfono: _____

Médico de Cabecera (PCP): _____

Enfermedades Previas – Marque si aplica:

- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Bronquitis
- ☐ Cáncer
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad Cardíaca
- ☐ Cálculos Renales
- ☐ Enfermedad de Tiroides

Historial Quirúrgico – Marque si aplica:

- ☐ Ninguna
- ☐ Mastectomía
- ☐ Apendicectomía
- ☐ Reemplazo de Rodilla
- ☐ Extracción de Vesícula Biliar
- ☐ Bypass Cardíaco
- ☐ Stent Cardíaco
- ☐ Cirugía Cardíaca
- ☐ Cirugía de Hombro
- ☐ Amigdalectomía
- ☐ Tiroidectomía
- ☐ Histerectomía
- ☐ Otro: _____

Alergias a Medicamentos – Marque si aplica:

- ☐ Ninguna alergia conocida
- ☐ Ibuprofeno
- ☐ Amoxicilina
- ☐ Penicilina
- ☐ Augmentin
- ☐ Estatinas
- ☐ Betadine
- ☐ Sulfa
- ☐ Codeína
- ☐ Otro: _____

Alergias a Medicamentos-Marque si aplica:

- ☐ Cinta Adhesiva
- ☐ Yodo
- ☐ Látex
- ☐ Otro: _____

Historial Familiar-Marque si aplica:

- ☐ Adoptado / Desconocido
- ☐ Ambos padres vivos y saludables
- ☐ Artritis o Reumatismo
- ☐ Asma
- ☐ Cataratas
- ☐ Cáncer
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad Cardíaca
- ☐ Hipertensión
- ☐ Enfermedad Renal
- ☐ Ojo Perezoso
- ☐ Degeneración Macular
- ☐ Desprendimiento de Retina
- ☐ Ninguno

ALCOHOL – Marque si aplica:

- ☐ Ninguno
- ☐ Ocasional / Social
- ☐ Diario
- ☐ Consumo excesivo

CONDUCCIÓN – Marque si aplica:

- ☐ Sin dificultad para conducir
- ☐ Dificultad para conducir
- ☐ Solo de día

ABUSO DE SUSTANCIAS – Marque si aplica:

- ☐ Ninguno
- ☐ Cocaína
- ☐ Heroína

ALERGIAS / INMUNOLOGÍA – Marque si aplica:

- ☐ Negativo
- ☐ Alergias
- ☐ Enfermedad autoinmune
- ☐ Picazón
- ☐ Enrojecimiento
- ☐ Urticaria
- ☐ Otro

CARDIOVASCULAR – Marque si aplica:

- ☐ Negativo
- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Latido irregular
- ☐ Infarto
- ☐ Presión arterial alta

Formulario de Consentimiento del Paciente u Operaciones Financieras

Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Con mi consentimiento, **EyeSouth Partners** (Eyecare Associates) y sus afiliados (también denominados "la Clínica" en este formulario) pueden usar y divulgar información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) o información de salud identificable individualmente (IIHI, por sus siglas en inglés) sobre mí para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Por favor, consulte el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de la Clínica para una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones. Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento.

Con mi consentimiento, **EyeSouth Partners** (Eyecare Associates) y sus afiliados pueden llamar a mi domicilio u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier asunto que ayude a la Clínica a llevar a cabo TPO, tales como recordatorios de citas, asuntos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica.

Con mi consentimiento, **EyeSouth Partners** (Eyecare Associates) y sus afiliados pueden enviar por correo a mi domicilio u otra ubicación designada cualquier material que ayude a la Clínica a llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuenta del paciente.

Consentimiento para Tratamiento

Al firmar este formulario, doy mi permiso a los proveedores y al personal de **EyeSouth Partners** (Eyecare Associates) y sus afiliados para que me traten, incluyendo la realización de pruebas y/o procedimientos, según lo consideren necesario en el ejercicio de su juicio profesional.

Consentimiento de Medicare o Medicaid

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII y/o Título XIX de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica u otra información sobre mí a divulgarla a la **Administración del Seguro Social** o sus intermediarios para cualquier reclamo de Medicare o Medicaid relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios del médico. Entiendo que soy responsable de los deducibles y coaseguros de mi seguro de salud.

Pago por Servicios

Entiendo que soy responsable de pagar el monto total de todos los servicios el día del servicio, a menos que el médico o la Clínica tenga un acuerdo con mi aseguradora. Si tengo seguro, autorizo a la Clínica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Además, entiendo que mi parte del costo de los servicios, por ejemplo, copagos, coaseguros y deducibles, será cobrada al momento del servicio.

Reclamos de Seguro

Como cortesía, la Clínica presentará reclamos de seguro a su aseguradora. Su compañía de seguros, en lugar de reembolsarle directamente, pagará al médico o a la Clínica cualquier beneficio por los servicios prestados. Su aseguradora médica puede pagar menos que la factura real de los servicios, por lo que usted puede ser responsable del pago total de los servicios prestados. Usted es responsable de proporcionar información completa de su seguro para el correcto procesamiento de los reclamos. Para este fin, solicitaremos su tarjeta de seguro vigente en cada visita. La reducción o rechazo de su reclamo por parte de su aseguradora no exime la obligación financiera que haya incurrido. Es su responsabilidad conocer y entender su cobertura de seguro médico. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos. Además, algunos servicios que brindamos se facturarán por separado de la visita de oficina y pueden requerir un copago adicional o aplicarse a su coaseguro/deducible. Por favor, llame a su compañía de seguros para verificar sus beneficios. Usted será responsable de todos los cargos no cubiertos por su aseguradora.

Referencias

Como especialista, los pagadores de atención administrada requieren que, antes de cualquier visita, usted obtenga una referencia de su médico de atención primaria. Es su responsabilidad saber si esto es requerido por su seguro y, de ser así, obtener la referencia. Si esto no se realiza antes del día de su cita, se le pedirá que reprogramen su cita o pague el monto total de todos los servicios el día del servicio. Si su compañía de seguros rechaza un reclamo porque no se cuenta con una autorización o referencia válida, el costo total de la visita puede ser su responsabilidad.

Compensación de Trabajadores

Nuestros proveedores no aceptan reclamaciones de compensación laboral.

Tarifas de Programación de Citas

Si no puede asistir a su cita programada, comuníquese con nuestra oficina al menos 24 horas antes. Nos reservamos el derecho de cobrar por cualquier cita que no sea cancelada con el aviso adecuado.

Saldos de Cuenta No Pagados

Si no realiza los pagos por los servicios prestados, su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobro. Usted será responsable de pagar los honorarios de la agencia de cobro que puedan generarse para cobrar cualquier saldo pendiente. Si un pago con tarjeta de crédito se cancela y se aplica una tarifa de devolución (Chargeback) a su cuenta, la tarifa podrá ser aplicada a su gasto de bolsillo y no cubierta por su seguro.

Acuerdo: He leído el formulario y las políticas anteriores y acepto los términos indicados.

Nombre (en letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si el Paciente es Menor de Edad

Por la presente doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad mencionado arriba reciba evaluación médica y tratamiento según lo considere necesario el/los proveedor(es) de atención médica. Esto puede incluir, pero no se limita a, procedimientos de diagnóstico, exámenes, atención médica de rutina y cualquier tratamiento de emergencia necesario para proteger la salud y bienestar del menor.

Además, entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos relacionados con el tratamiento del paciente menor de edad, incluyendo, pero no limitado a copagos, deducibles, servicios no cubiertos u otros gastos de bolsillo no cubiertos por el seguro.

Firma del Padre/Madre o Tutor: _____ Fecha: _____