

ID: _____ Fecha de la Cita ____/____/____

Información del paciente					
Apellido	Nombre	Iniciales	Genero	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	Fecha de Nacimiento ____/____/____
Número de Teléfono (____) _____-_____ Celular / Casa / Trabajo			Número de Teléfono Alternativo (____) _____-_____ Celular / Casa / Trabajo		
Dirección					
Apartamento/Edificio			Correo Electronico		
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Seguro Social		
Idioma de preferencia			Etnicidad		
Nombre de contacto de Emergencia		Número de Teléfono		Relación	
Información de su Doctor primario Y su farmacia					
Nombre De Su Seguro Primario		Médico que lo(a) recomendó		Nombre de la Clínica que lo(a) recomendó	
Farmacia de su preferencia		Número De Teléfono		Ubicación	
Si nadie lo recomendó, ¿cómo se enteró de nosotros? Por favor, especifique: Pagina web / Amigo / Familiar / Anuncio / Google / Otro					
Información de su Seguro Medico					
Nombre De Su Seguro Primario			HMO / PPO / Otro		
ID de miembro/suscriptor	Número de grupo		Fecha de Nacimiento del Suscriptor ____/____/____	Relación con el Paciente	
Nombre de su Seguro Secundario			HMO / PPO / Otro		
ID de miembro/suscriptor	Número de grupo		Fecha de Nacimiento del Suscriptor ____/____/____	Relación con el Paciente	

Certifico que la información que he reportado respecto a mi cobertura de seguro médico está correcta.

X

Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)

Normas Financieras de EACTX

AUTORIZACIÓN DE SEGURO PRIVADO PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Yo, firmo autorizando a mi seguro médico que paguen a EACTX por cualquier servicio que me haya brindado el médico. Por lo presente, asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos a EACTX incluidos beneficios principales médicos a los que tengo derecho. Autorizo y ordeno a mi(s) compañía de seguro medico que emita cheques de pago a EACTX por los servicios médicos y quirúrgicos prestados a mi o a mis hijos menores.

Autorizo a EACTX a otorgar mi compañía de seguros o, a su agente información sobre la atención médica, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros que se me hayan proporcionado; para procesar las reclamaciones de seguros generadas durante el examen; y a permitir que se utilice una fotocopia de mi firma para procesar las reclamaciones de seguros durante mi vida. Esta información se utilizará para evaluar y administrar los beneficios de las reclamaciones.

También autorizo a EACTX a dejar información médica protegida, incluyendo resultados de laboratorio y diagnósticos, en mensajes dejados en mi buzón de voz al siguiente número:(_____) _____-_____

Contactos aprobados por HIPAA: (Personas a quienes usted autoriza a EACTX a dar su información médica/personal)

Nombre: _____ Número de Teléfono: (_____) _____-_____ Relación: _____

Nombre: _____ Número de Teléfono: (_____) _____-_____ Relación: _____

Información sobre las gotas dilatadoras para los ojos

Las gotas dilatadoras se utilizan para dilatar, o agrandar las pupilas y permitir que el oftalmólogo visualice mejor el interior del ojo. Con frecuencia, las gotas dilatadoras nublan la vista durante un tiempo, la duración de los efectos varía según la persona, y puede llegar a provocar sensibilidad a la luz. En los niños, la dilatación puede durar de 24-36 horas, y puede durar más en personas con ojos de color más claros. Su oftalmólogo no puede predecir el grado de afectación de su vista. Dado que conducir puede resultar difícil inmediatamente después de un examen, le recomendamos que no conduzca usted mismo o, si decide hacerlo, le proporcionaremos gafas de sol oscuras. Las gotas dilatadoras pueden provocar reacciones adversas, cómo glaucoma de ángulo cerrado agudo. Esto es extremadamente raro y se puede tratar con atención médica inmediata. Por la presente, autorizo a EACTX a administrar gotas oftálmicas dilatadoras en mis ojos, o en los de mi hijo/as para que el médico revise minuciosamente el nervio y la retina, y reconozco que las gotas oftálmicas son necesarias para diagnosticar mi afección, si la hubiera. Entiendo que la dilatación de la pupila puede afectar mi capacidad para conducir un vehículo motorizado con seguridad, y el personal y los médicos de EACTX recomiendan que busque transporte alternativo si es necesario, a menos que opte por conducir con gafas de sol oscuras.

Servicios y tarifas de refracción

Una refracción es un paso obligatorio para la mayoría de los exámenes, y es el proceso para determinar su mejor vista corregida. Nos permite determinar lo que puede, y no puede ver el día de su examen. También indica si necesita anteojos o lentes de contacto correctivos, o si tiene algún problema médico. Es una parte esencial del examen de la vista y también nos permite recetar anteojos o lentes de contacto. Este código es facturado por separado según las compañías de seguros. La refracción NO está cubierta por Medicare ni por la mayoría de los planes de seguro médico. Estos planes consideran la refracción un servicio "de la vista", no un servicio "médico". El costo de nuestra refracción es de \$45.00, más los copagos requeridos por su seguro. No presentaremos el cargo por refracción a su seguro médico a menos que sepamos que su plan lo cubra.

Cancelaciones é Inasistencia

Si necesita cancelar o reprogramar una cita, por favor comuníquese con nuestra oficina lo antes posible, por lo menos con 24 horas de anticipación a la cita programada. Esto nos da el tiempo suficiente para programar citas para otros pacientes que puedan estar esperando.

Cualquier paciente que no se presente o cancele/reprograme una cita sin haberse comunicado con nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación será considerado como "Inasistente" y se le cobrará una tarifa de \$50. Si ocurre una tercera ausencia, o cancelación sin previo aviso de 24 horas, el paciente puede ser vetado de Eye Associates of Central Texas.

Cualquier paciente nuevo que no se presente a su visita inicial, sin previo aviso de 24 horas no podrá ser reprogramado.

Se requiere un aviso de 48 horas de antemano para cancelar su cirugía. Por lo contrario, se le cobrará una tarifa de \$100.

La tarifa se cobra al paciente, no a su seguro médico, y se tiene que pagar en su próxima cita. Como cortesía, contamos con un centro de llamadas fuera de horario usual que maneja nuestras llamadas de recordatorio para citas. Si recibe una llamada o un mensaje recordatorio, la póliza anterior permanece vigente.

Entendemos que puede haber momentos en los que ocurre una emergencia imprevista y no puede asistir a su cita programada. Si esto le sucede, por favor comuníquese con nuestra oficina y si es posible, podríamos exonerar la tarifa por "ausencia". Si ocurre fuera del horario comercial o durante el fin de semana, puede dejar un mensaje.

Tarifa de Trámites

Hay una tarifa de \$25 por cada documento, o solicitud que se presente en nuestra oficina para completar trámites. Esto incluye trámites relacionados con la FMLA, discapacidad o farmacia. El trámite puede tardar hasta 10 días hábiles en completarse, dependiendo de la extensión de los formularios. Los trámites no se completarán el mismo día de entrega en la oficina, y la tarifa se cobrará al momento de la solicitud. Certifico que la información que he reportado sobre mi cobertura de seguro médico esta correcta.

NOTA:

Por favor, adjunte todas las tarjetas de seguro pertinentes para hacer fotocopias

X

Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)