Visionary Eye Doctors
Advanced technology with a loving touch

Acct #: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Fecha:	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: Nombre	Int.	Apellido	Nombre de preferencia	
dirección	No. de Apt.	Ciudad	Estado	Zip

Email	No. Primario	No. Secundario	Fecha de Nacimiento

CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona para notificar de emergencia	Relacion	No. Primario	No. Secundario

INFORMACIÓN DEL DOCTOR PRIMARIO

Nombre de doctor Primario	No. de teléfono	Fax No.

Información Adicional:

Gracias por completar la información anterior. Continúe con nuestras políticas de oficina. Cuando complete los formularios, devuélvalos a la recepcionista. Si tiene alguna pregunta antes de completarla, consulte a uno de los recepcionistas y con gusto lo atenderemos.

Visionary Eye Doctors Acuerdo del Paciente, Oficina y Políticas Financieras

Gracias por elegir Visionary Eye Doctors. Nosotros nos comprometemos a brindarle el mejor cuidado de la vista. Para lograr esto, necesitamos su ayuda y entendimiento de las políticas de nuestra Oficina.

1. **Cancelaciones y tardanzas:**

Si no puede llegar/asistir a su cita, infórmenos dentro de las 48 horas antes de la cita que ya tiene programada para que podamos ofrecer ese tiempo a otro paciente. Si no nos avisa con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrara una tarifa de $ 55.00. Las citas pérdidas son responsabilidad del paciente y están sujetas a un cargo por prepago antes de la reprogramación de otra cita y no pueden ser enviadas a su seguro médico o su plan de visión. Si llega más de 30 minutos tarde a su cita, haremos todo lo posible para volver a incluirlo en el horario. Sin embargo, es posible que no tengamos más opción que reprogramar su cita. Gracias por su comprensión.

Iniciales del paciente _____

2. **Seguro y responsabilidad financiera del paciente:**

Debido al constante cambio en la industria de salud, queremos asegurarnos de que cada paciente conozca nuestras políticas de seguro y facturación. Visionary Eye Doctors contrata o acepta la mayoría de los planes de seguro.

Todos los pacientes que reciben servicios en Visionary Eye Doctors son financieramente responsables por el pago oportuno/a tiempo de todos los cargos incurridos. Para aquellos pacientes con seguros aceptados por nuestros médicos, Visionary Eye Doctors primero enviará la factura a la compañía de seguros del paciente.

Tenga en cuenta que es su responsabilidad pagar su copago, deducible y todos los gastos de bolsillo antes de abandonar la oficina, a menos que se haya hecho por adelantado un acuerdo u otros arreglos de pago, (plan de pago), con nuestro Departamento de cobros y facturación.

Todos y cada uno de los saldos pendientes se deben pagar en el momento de registrarse o deberá reprogramar su cita. Si no paga los saldos pendientes en un plazo de 90 días, la práctica enviara su cuenta a una agencia de cobro de nuestra elección, esto puede resultar en que usted tenga que pagar tarifas adicionales.

Iniciales del paciente _____

3. **Referidos:**

Algunos planes de seguro, generalmente planes HMO, requieren un referido por escrito de un proveedor de atención primaria (Médico de cabecera). Los referidos deben presentarse a su llegada cuando se registra antes de continuar con la visita. Tener una referido válida es responsabilidad del paciente. Es también su responsabilidad saber cuántas visitas se permiten en su referido y la fecha de vencimiento. Sin un referido válido, no podemos cobrar a su seguro y es posible que se le solicite reprogramar su cita.

Iniciales del paciente _____

4. **Servicios no cubiertos y colección de pagos:**

El pago por servicios no cubiertos, como refracciones o ajustes de lentes de contacto, vence al momento/día en que el paciente es atendido por el médico. Para su conveniencia, aceptamos: efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Todos los saldos pendientes deberán ser pagados en el momento del servicio.

Si sospechamos que su compañía de seguros no puede cubrir un servicio, le pediremos que firme un formulario por adelantado reconociendo que se le ha informado que el servicio puede no estar cubierto y que usted será financieramente responsable. Esto se aplica a los servicios que consideramos necesarios en su plan

de tratamiento, pero que su compañía de seguros puede considerar no cubiertos. Todos los demás servicios no cubiertos se le cobrarán específicamente de acuerdo con su póliza de seguro. Todas las cirugías refractivas, como Cataratas o LASIK, y los procedimientos electivos se pagan una semana antes de la fecha programada para su cita.

Iniciales del paciente _____

5. **Refracción y tarifa adicional:**

La refracción es parte de su examen ocular. La refracción ayuda al médico a determinar si su visión ha cambiado y la salud general de sus ojos. Si experimenta visión borrosa o disminución de la agudeza visual según lo medido por la tabla optométrica. Una refracción ayudaría a determinar si la dificultad está asociada con un problema médico o una necesidad de anteojos, o si se necesita un cambio de lente de prescripción. Durante la refracción, el médico o técnico le ofrece una serie de opciones de lentes hasta que alcance la mejor visión. Medicare y otras formas de seguro no consideran que una refracción sea parte de un examen ocular completo. Medicare no pagará por este servicio. Su cobertura secundaria no cubrirá una refracción si Medicare no lo hace. Como muchas aseguradoras privadas adoptan las políticas de Medicare, muchos de nuestros contratos con compañías de seguros privados requieren que nosotros también le cobremos el dinero. Si la refracción es una parte necesaria de su examen, lo realizaremos y se le pedirá que pague una tarifa de $ 67.00 al momento que la visita haya concluido.

Iniciales del paciente _____

6. **Seguro de visión vs. Seguro médico:**

La diferencia entre el seguro de la vista y el seguro médico es uno de los problemas más confusos que enfrentan los pacientes cuando visitan un oftalmólogo u optometrista. Al programar una cita con Visionary Eye Doctors, usted generalmente necesita ver al médico por una de estas dos razones: su visita de rutina anual o tiene un problema médico en los ojos. Diferenciar qué seguro debe usar en el momento de su visita puede ser difícil, así hemos creado un esquema para ayudarlo a distinguir cómo esta oficina diferencia entre los dos tipos de seguro.

A. **Planes de Visión:**

Antes de su examen, por favor déjenos saber si tiene un plan de visión y el nombre de la compañía. Los planes de la vista son para visitas de rutina. Planes de visión no cubren gastos por problemas médicos, u otro tipo de diagnóstico. Participamos con la mayoría de planes de visión.

No todos los planes de visión cubren la dilatación. Además, muchos planes de seguro de visión no cubren evaluaciones de lentes de contacto (para usuarios nuevos o usuarios establecidos que necesitan cambiarse a una nueva marca) o evaluaciones anuales de lentes de contacto (para asegurarse de que los contactos que lleva puestos tengan el ajuste necesario y permitan que su córnea respire correctamente.) Consulte con su plan para ver si sus beneficios lo cubren una vez al año o una vez cada dos años.

B. **Planes de seguro médico:**

Por lo general, su seguro médico se usa si tiene un problema ocular o una enfermedad que le afecta a los ojos, o si presenta alguna condición médica que le cause problemas visuales.

Desafortunadamente, debido a las políticas de las compañías de seguros, el paciente no puede usar su seguro de visión y seguro médico para un examen conjunto en el mismo día.

1. Primero, tenga en cuenta que siempre podemos programar sus visitas médicas y de la vista en días separados, es posible que tenga que pasar por algunas partes repetitivas que el oculista debe documentar en cada visita.

2. Si necesita programar sus visitas médicas y de la vista en el mismo día, otra opción es cobrarle a su seguro médico por el examen médico (no olvide, esto puede incluir un copago en el momento de su visita), y pagar la tarifa adicional por la refracción ($ 67).

Iniciales del paciente _____

7. Pacientes pediátricos (si corresponde):

Un menor de edad necesita un acuerdo firmado por un padre, tutor, o persona responsable por el menor de edad. Al firmar el acuerdo, dicha persona asume la responsabilidad de la información en nombre del paciente. Requerimos que un padre o tutor acompañe a un menor de 18 años a todas las citas. Visionary Eye Doctors se reserva el derecho de solicitar la identificación de cualquier adulto que acompañe a un menor.

Iniciales de Padre o Persona Responsable _____

8. Autorización para el uso de métodos de contacto con el paciente

Es posible que no podamos contactar a los pacientes directamente durante el horario de trabajo normal. En estas ocasiones, nuestra oficina se comunica con los pacientes y deja mensajes a través de los dispositivos de comunicación proporcionados por nuestros pacientes. Debido a la nueva Regla de Privacidad HIPAA obligatoria a nivel federal, debemos obtener su autorización para continuar este modo de comunicación. Información médica privada que posiblemente dejemos en su hogar, trabajo, teléfono celular o correo electrónico incluye, entre otros: resultados de pruebas / laboratorio, información sobre prescripciones / farmacias instrucciones sobre su cita para visitas y procedimientos, esto incluye información para citas quirúrgicas.

( ) Sí, acepto **( ) No**, no estoy de acuerdo **Iniciales del paciente _____**

9. Consentimiento de divulgación de medios de comunicación

Tenga en cuenta que, durante su cita en nuestra oficina, puede ser fotografiado, grabado en video o posiblemente entrevistado. Con su consentimiento, cualquier foto, video o entrevista puede ser divulgada para el uso de medios de comunicación como boletines, correos electrónicos, folletos, sitio web de la práctica y / o cualquier plataforma de redes sociales.

( ) Sí, acepto **( ) No**, no estoy de acuerdo **Iniciales del paciente _____**

10. Autorización para participar en la investigación:

Nuestra oficina llevará a cabo investigaciones académicas para mejorar nuestras técnicas médicas y contribuir aún más al campo de oftalmología. La información utilizada en nuestra clínica, como fotografías y videos, diagnósticos, mediciones y otra información relevante con respecto a sus ojos y salud general, se incluirá en nuestros esfuerzos de investigación. Su identidad siempre estará protegida. Cumpliendo con las regulaciones de HIPAA, su información personal no será incluida en nuestra investigación. Si elige no participar, su atención médica no se verá afectada.

( ) Sí, doy mi consentimiento **( ) No**, No doy mi consentimiento **Iniciales del paciente _____**

He leído y comprendido el acuerdo del paciente, la oficina y las políticas financieras de Visionary Eye Doctors, como se describe anteriormente.

Firma del paciente / persona responsable **Fecha**

Nombre del paciente / persona responsable **Fecha**

Visionary Eye Doctors™
Advanced technology with a loving touch

AVISO DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE

Uso y Relevación de Información Protegida por La Acta de Salud

Por favor tenga en cuenta que nuestra política de Aviso de prácticas de privacidad está disponible en la recepción, Visionary Ophthalmology, con licencia patentada como Visionary Eye Doctors, y también en línea en nuestro sitio web, www.voeyedr.com. *Este Aviso de Prácticas de Privacidad* proporciona información detallada sobre cómo podemos utilizar y exponer su información médica. Los detalles de esta política cumplen totalmente con todas las disposiciones (leyes), incluyendo las más recientes.

Formulario de recibo y consentimiento para el uso y revelación de la información

Las copias de nuestro Aviso de prácticas de privacidad brindan información sobre cómo podemos usar y disponer de su información médica, esta cumple con los requisitos de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA). Nuestro Aviso de prácticas de privacidad establece que nos reservamos el derecho de cambiar los términos descritos. Si esto sucede, expondremos la nueva política y la fecha de vigencia en nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo su información de salud medica puede ser utilizada o divulgada para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar sus restricciones; pero si lo hacemos, estaremos obligados por acuerdo mutuo. Al firmar a continuación, el haber recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad, doy mi consentimiento total a Visionary Ophthalmology, haciendo negocio como Visionary Eye Doctors, para el uso y la utilización de información sobre mí tratamiento médico, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando la práctica ya haya hecho utilizado mi información médica en fideicomiso con mi previo consentimiento. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 301-896-0890.

Firma del paciente / persona responsable **Fecha**

Nombre del paciente / persona responsable **Fecha**

Representante personal, familia u otras entidades con Acceso autorizado a la información médica protegida que se utilizará y / o compartir / comunicar.
Identifique específicamente a estas personas y / u otras entidades a las que autoriza para utilizar y / o comunicar su información de salud protegida con respecto al tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica.

Firma de la Persona o Entidad Autorizada **Relación** **Número de Teléfono**

Nombre de la Persona o Entidad Autorizada **Relación** **Número de Teléfono**

COVID-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO

Entiendo que el virus de Coronavirus (COVID-19) ha sido declarado una pandemia global por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entiendo que yo personalmente tomo las decisiones para mi salud. Parte de la función de esta oficina es proporcionarme información que me ayude a tomar decisiones informadas. Este proceso se conoce como "consentimiento informado" e implica mi comprensión y acuerdo con respecto a la atención recomendada, y los beneficios y riesgos asociados con la prestación de atención médica durante una pandemia.

Para proceder con la recepción de la atención, confirmo y entiendo lo siguiente (Escriba sus iniciales a continuación)	**Initial below**
Entiendo que estoy optando por un tratamiento electivo que puede no ser urgente o médicamente necesario, y que tengo la opción de aplazar mi tratamiento a una fecha posterior.	
Confirmo que no estoy experimentando ninguno de los siguientes síntomas de COVID-19: **Fiebre, Tos seca, Dolor de garganta, Dificultad para respirar, Secreción nasal, Pérdida del gusto u olfato**	
Confirmo que a mí oa nadie a mi alrededor se le ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días.	
Se me ha informado que esta práctica médica ha aplicado medidas preventivas con el propósito de reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, dada la naturaleza del virus, entiendo que al proceder con este tratamiento puede haber un riesgo inherente de infectarse con COVID-19. Doy mi permiso a la oficina para proceder con los servicios de atención.	
Me han ofrecido una copia de este formulario de consentimiento.	

HE LEÍDO, O HAN LEÍDO PARA MÍ, EL ANTES MENCIONADO COVID-19 RIESGO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO. CONSIENTO EL TRATAMIENTO RECOMENDADO. ESTE CONSENTIMIENTO CUBRE TODO EL CURSO DE CUIDADO DE ESTA OFICINA PARA MI CONDICIÓN PRESENTE Y CONDICIÓN(S) FUTURA PARA LA CUAL BUSCO TRATAMIENTO EN ESTA PRÁCTICA MÉDICA.

PATIENTE FIRMA _____ **PADRE/ GUARDIAN FIRMA** _____

NOMBRE _____ **NOMBRE** _____

FECHA _____ **FECHA** _____