

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

N.º de teléfono 1 \_\_\_\_\_ N.º de teléfono 2 \_\_\_\_\_ N.º de teléfono 3 \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b>¿Qué sexo le fue asignado al nacer?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Masculino   <input type="checkbox"/> Femenino   <input type="checkbox"/> Prefiero no Responder</p>	<p style="text-align: center;"><b>Identidad de Género</b></p> <p><input type="checkbox"/> Masculino   <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Transgénero masculino a femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Transgénero femenino a masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Género fluido</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>
<p style="text-align: center;"><b>Preferencia de Pronombres:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ella   <input type="checkbox"/> El</p> <p><input type="checkbox"/> Elle   <input type="checkbox"/> Prefiero no Responder</p>	

### INFORMACIÓN DEL DOCTOR PRIMARIO

Doctor Primario \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_ N.º de Fax \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

### 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 cobrará una tarifa de \$ 55.00. Si llega más de 30 minutos tarde a su cita es posible que no tengamos más opción que reprogramar su cita.

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

Visionary Eye Doctors contrata o acepta la mayoría de los planes de seguro. Todos los servicios no cubiertos por su seguro serán su responsabilidad y se le enviará una factura.

**Es RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE estar al tanto de los beneficios de su seguro, incluyendo el deducible, los copagos de las visitas al consultorio, y las referencias requeridas por el seguro.**

**Todo saldo pendiente se debe pagar en el momento de registrarse.** Aceptamos efectivo, cheques, y tarjetas de crédito para su comodidad. Los saldos pendientes deben pagarse dentro de los 90 días; después de 90 días, su cuenta puede ser enviada a la agencia de cobranza de nuestra elección. Se pueden aplicar tarifas adicionales.

Medicare y otras formas de seguro no consideran que una refracción sea parte de un examen completo de la vista. Esta parte del examen determina la prescripción de anteojos. Si una refracción es una parte necesaria de su examen hoy, la realizaremos y **se le cobrará una tarifa de \$ 67.00 hoy al final de la cita.**

### **3. Seguro de visión vs. Seguro médico:**

Visionary Eye Doctors ofrece exámenes médicos de la vista y exámenes de visión rutinaria de la vista.

- a. **Planes de Visión-** Planes de visión no cubren gastos por problemas médicos, u otro tipo de diagnóstico.
- b. **Planes de seguro médico-** 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 la compañía de seguros, no puede usar su seguro médico y de visión para un examen en el mismo día.

A continuación, se presentan dos alternativas posibles:

- a. Podemos **programar sus exámenes médicos y de la vista en días separados.** Es posible que se repitan partes de su examen debido a los requisitos mínimos de visita establecidos por ley.
- b. Si necesita **programar su visita médica y de la vista el mismo día,** Se usará su seguro médico para la parte del examen médico y se le cobrará la tarifa de \$67.00 por una refracción.

### **4. Pacientes pediátricos (si corresponde)**

Un niño menor necesita un consentimiento firmado por un padre o guardián. Requerimos que un padre o guardián acompañe a un menor de 18 años a todas las citas. Se necesitará una identificación del padre y/o guardián.

### **5. Autorización para el uso de Métodos de Contacto con el Paciente**

Es posible que la Información médica protegida se divulgue en su casa, trabajo, teléfono celular o cuenta de correo electrónico e incluye, entre otros, resultados de pruebas/laboratorios, información de recetas/farmacias, instrucciones de citas para visitas y procedimientos, e información de cirugías. Bajo la regla de privacidad de HIPAA, debemos obtener su autorización para continuar con este modo de comunicación.

**Sí,** doy mi consentimiento  **No,** NO doy mi consentimiento

### **6. Intercambio De Información De Salud (HIE)**

El envío y recepción electrónica segura de información de salud que puede ser compartida entre los proveedores que participan en una red de HIE. Esta es una herramienta para compartir fácilmente y de forma segura la información del paciente con otros proveedores involucrados en el cuidado del paciente. Visionary Ophthalmology (VED) tendrá capacidad de HIE no puede compartir su información con sus otros proveedores a través de una red de HIE si opta por no.

**Sí,** doy mi consentimiento  **No,** NO doy mi consentimiento

### **7. Consentimiento de grabación y comunicado de prensa**

Tenga en cuenta que, durante su cita en nuestra oficina, es posible que lo fotografíen, lo entrevisten y lo graben tanto en video como en audio. Estas grabaciones pueden usarse para servicio al cliente, entrenamientos, o para el uso de medios como boletines, correos electrónicos, folletos, sitios web de práctica y/o cualquier plataforma de redes sociales. Al firmar, usted acepta las grabaciones de audio y video mientras se encuentra en la oficina.

**Sí,** doy mi consentimiento  **No,** NO doy mi consentimiento

### **8. Consentimiento Covid-19**

Confirmando que yo o nadie a mi alrededor ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 7 días, no estoy experimentando ningún sistema relacionado con COVID-19, confirmo y doy mi consentimiento para recibir atención durante esta pandemia global.

**Sí,** doy mi consentimiento  **No,** NO doy mi consentimiento

## 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](http://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**.

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.

---

<b>Nombre de la Persona o Entidad Autorizada</b>	<b>Relación</b>	<b>Número de Teléfono</b>
--	-----------------	---------------------------

---

<b>Nombre de la Persona o Entidad Autorizada</b>	<b>Relación</b>	<b>Número de Teléfono</b>
--	-----------------	---------------------------

***He leído y entendido las pólizas de la oficina de Visionary Eye Doctors como se describe anteriormente.***

---

**Nombre de paciente** / padre o guardián

---

**Date**

---

**Firme de paciente** / padre o guardián

---

**Date**