

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 _____

¿Qué sexo le fue asignado al nacer?

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no Responder

Identidad de Género

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Transgénero masculino a femenino

☐ Transgénero femenino a masculino

☐ Género fluido

☐ Otro _____

Preferencia de Pronombres:

☐ Ella

☐ El

☐ Elle

☐ Prefiero no Responder

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.

Las siguientes tres preguntas, en la siguiente página, abordan la manera en que el consultorio puede comunicarse con usted sobre información confidencial que puede clasificarse como información médica protegida de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"). Revise detenidamente la siguiente información y selecciones.

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

De vez en cuando, es posible que el consultorio deba comunicarse con usted con respecto a citas, programación, resultados de pruebas, información sobre recetas o farmacia y artículos similares. Las regulaciones de HIPAA generalmente nos permiten comunicarnos con usted a través de correo de primera clase, llamada telefónica o sistema de mensajería electrónica encriptada. La HIPAA requiere que implementemos medidas de seguridad para proteger cualquier información médica protegida que se transmita electrónicamente. Sin embargo, ciertas formas de comunicación no son seguras y, a pesar de las medidas de seguridad que podamos implementar para la práctica, pueden ser vulnerables al acceso o la divulgación no autorizados. Para estas formas de comunicación, estamos obligados a obtener su consentimiento antes de utilizarlas para ponernos en contacto con usted.

Puede dar su consentimiento para que la práctica se comunique con usted a través de métodos adicionales de comunicación electrónica. Tenga en cuenta que la transmisión de datos a través de medios electrónicos no cifrados (por ejemplo, correo electrónico o mensaje de texto) está sujeta a ciertas vulnerabilidades de seguridad. Por lo tanto, es imposible proteger completamente los datos contra el acceso de terceros. La práctica no asume ninguna responsabilidad por el acceso, uso o divulgación no autorizados de su información de salud como resultado de estas vulnerabilidades de seguridad.

Autorización para métodos de contacto adicionales

Si desea autorizar a la práctica a ponerse en contacto con usted a través de cualquier medio electrónico adicional, indíquelo marcando la(s) casilla(s) respectiva(s) a continuación. Usted se reserva el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento notificando la práctica.

☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Portal del paciente en línea de VED

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 otros proveedores a través de una red de HIE si opta por no.

☐ Sí, doy mi consentimiento ☐ No, NO doy mi consentimiento

7. Autorización para fotografiar, entrevistar y grabar

De vez en cuando, es posible que el consultorio desee fotografiar, entrevistar y/o grabar a los pacientes (por video y/o audio). Estas fotografías, entrevistas y grabaciones pueden utilizarse con fines educativos (incluida la formación del personal), publicaciones médicas, marketing y medios de comunicación (por ejemplo, boletines informativos, correos electrónicos, folletos, sitio web de la práctica y plataformas de redes sociales). En el caso de que estas fotografías o grabaciones contengan información de identificación sobre usted (es decir, su rostro, voz u otra característica identificable), debemos obtener su consentimiento antes de tomarlas.

Por favor, reconozca a continuación si da su consentimiento para que se practique fotografiarlo, entrevistar y/o grabarlo. Si autoriza al consultorio a utilizar las ayudas audiovisuales seleccionadas a continuación, si las hubiera, (p. ej., capacitación del personal). Usted se reserva el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento notificando la práctica. Tenga en cuenta, sin embargo, que solo puede revocar el uso futuro de las fotografías y grabaciones por parte de la práctica, y no los usos que ya se hayan producido (por ejemplo, la publicación en un artículo médico).

☐ Sí, doy mi consentimiento para ser fotografiado, entrevistado y/o grabado (por video y/o audio).

☐ No, no doy mi consentimiento para ser fotografiado, entrevistado y/o grabado (por video y/o audio).

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 síntoma relacionado con COVID-19/ Influenza, 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. 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.

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

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

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