



**EYE CONCERN, INC.
FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Cumpleaños: _____

Dirección Local: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Dirección Permanente (*si diferente*): _____

EMAIL: _____

Num. de SS: _____ - _____ - _____

SEXO: M ___ F ___

Teléfono: Domicilio (____) _____

Celular (____) _____

Lugar de Trabajo: _____

Tel. trabajo (____) _____

*Nombre del Cónyuge _____ Tel. (____) _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Teléfono (____) _____ Celular (____) _____

Persona Responsable (*si es otro que el pacient*) _____

Relación con el paciente _____

Dirección _____

Teléfono Domicilio: (____) _____ Tel. trabajo (____) _____

Lugar de Trabajo _____ Numero de SS _____

Oftalmólogo/Cirujano _____ Tel. # _____

Médico: _____

¿A *Quién debemos agradecerle por referirnos?* _____

Seguro Médico Actual: _____

ID# _____ GRUPO # _____

Teléfono del Seguro#: _____

Nuestra oficina va a necesitar una copia de la tarjeta de su poliza de seguro actual, el permiso de conducir, y la prueba del poder de abogado, si aplicable. Gracias.

*Si el paciente es emnor de edad sírvase proveer la información suguinte	
Nombre de la Madre _____	Tel. Domicilio (____) _____
Tel. trabajo (____) _____	Celular (____) _____
Num. de SS _____	Lugar de Trabajo: _____
Nombre del Padre _____	Tel. Domicilio (____) _____
Tel. trabajo (____) _____	Celular (____) _____
Num. de SS _____	Lugar de Trabajo: _____

**Eye Concern
Historial ocular**

Paciente: _____

Fecha de la encuesta: _____

La visita es para:

- ojo derecho
 ojo izquierdo
 ambos ojos

El color de sus ojos es:

¿Tiene un implante?

- Sí _____ No _____
Si tiene, ¿de qué tipo?
 Iowa
 Allen
 esfera
 Silicona
 Plástico
 Hydroxyapatita
 Otro

¿Usa anteojos? ___ Sí ___ No

Fecha de la última graduación prescrita:

¿Receta de medicinas oculares? *Favor de enumerar:*

¿Usa un ojo artificial actualmente?

Sí _____ No _____

Hecho el (fecha): _____

Hecho por: _____

¿Está en buena condición física? ___

¿Padece de lo siguiente?:

- Problema cardíaco
 Derrame
 Presión alta
 Diabetes
 HIV (SIDA) *No está obligado a responder*

¿Algún caso de lo siguiente en su familia?:

- Cataratas
 Glaucoma
 Retina desprendida
 Diabetes

Condición de su(s) ojo(s):

- Enucleado(s) (removido)
 Ciego(s)
 Phtisis (ojo encojido)
 Microftalmo (ojo chico)
 Eviscerado
 Extripado

Causa de pérdida del ojo:

Trauma _____

*fecha de la herida: _____

Enfermedad: _____

Defecto de nacimiento

Fecha de extracción del ojo:

Fecha de la última cirugía ocular:

Otras cirugías oculares: _____

¿Es usted alérgico a:

- Medicinas
 Anestesia

Si lo es, favor de enumerar:

EYE CONCERN, INC

Consentimiento para tratamiento y autorización para divulgar información

Yo, _____, por la presente autorizo a **Eye Concern, Inc.** a través de su personal autorizado, a que ejecute o que lleve a cabo sobre mí las evaluaciones y los tratamientos adecuados.

Además, también autorizo a **Eye Concern, Inc.** a que divulgue a las agencias adecuadas, tal como el comisionado de seguros del estado, cualquier información obtenida en el curso de mi evaluación y tratamiento. Comprendo que **Eye Concern** se adhiere a los reglamentos HIPPA con respecto a la protección de mi información médica.

Paciente/Garante: _____ **Fecha:** _____

Por la presente autorizo a Eye Concern, Inc. a que fotografíe my rostro y ojos. Comprendo que Eye Concern, Inc. puede utilizar estas imágenes con propósitos médicos, educativos y científicos; tanto como para demostraciones en su carpeta de trabajos en la internet.

Firma _____ Fecha _____

EYE CONCERN, INC

Declaración de responsabilidad financiera/ADB

En **Eye Concern, Inc.** apreciamos la confianza que nos ha mostrado al escogernos para proveer el cuidado de su prótesis ocular. En **Eye Concern, Inc.** trabajamos arduamente para proveerle el beneficio de la mayor calidad de cuidado para su prótesis ocular. Por lo tanto, cada contrato que tenemos es directamente con **usted**, el paciente. En esta oficina, le cobramos directamente todos los servicios que recibirá y usted es responsable por el pago de cada uno de ellos. Desafortunadamente no proveemos servicios bajo la suposición que su seguro cubrirá sus cargos.

SEGURO

Eye Concern, Inc. tiene una buena relación con varias compañías de seguro. Por favor pregúntenos si su compañía de seguro es una de ellas. Como proveedores de servicios médicos, **NO PARTICIPAMOS EN MEDICARE**, y por lo tanto **NO TENEMOS OBLIGACIÓN** de aceptar los pagos asignados por Medicare. Usted debe hacerse responsable por pagar cualquier deducible, co-pago o seguros secundarios (co-insurance) según lo determina el contrato con su compañía de seguro. Nosotros contamos con recibir estos pagos al momento en que le rendimos nuestros servicios. Varias compañías de seguro se adhieren condiciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted debe hacerse responsable por pagar cualquier cantidad que no sea cubierta por su compañía de seguro. Si su compañía de seguro niega o retira cualquier saldo proveído, usted debe hacerse responsable por resolver los cargos de manera puntual.

Usted tiene la responsabilidad de contactar a su compañía de seguro para obtener cada preautorización, excepción y otra información que sea necesaria para poder recibir pagos o reembolsos. La verificación de seguro o preautorización de procedimiento no garantizan que su seguro pagará por los servicios que usted recibirá. Las compañías de seguro determinan cada pago de beneficios. En caso que haya un rechazo o retraso en una solicitud de cobertura, usted debe hacerse responsable y debe pagar el saldo completo de sus servicios a más tardar sesenta (60) días después de que reciba nuestros servicios. Si por cualquier razón permaneciera algún saldo en su cuenta después de este período, le cobraremos el 0.83% en intereses cada mes desde después de los primeros 30 días de la fecha en que usted haya recibido nuestros servicios y continuaremos añadiendo estos intereses hasta que el saldo se pague por completo.

Por favor háganos saber inmediatamente si hay cualquier cambio en la cobertura de su seguro médico **antes** de su cita. Nosotros no nos hacemos responsables por reclamos y solicitudes de cobertura enviados al lugar equivocado por falta de tener información de seguro correcta. Si usted no nos informa de cualquier cobertura de seguro médico **antes** de recibir nuestros servicios, supondremos que no tiene cobertura. Nosotros no podemos retroceder o adelantar la fecha de las solicitudes o demandas y tampoco podemos reembolsar cobros después de proveer nuestros servicios.

CHEQUES SIN FONDOS

Cobraremos un recargo de \$30 por cada cheque que se nos niegue por falta de fondos. Si la falta de pago no se resuelve poco tiempo después, enviamos la cuestión a una agencia de cobros. En la agencia de cobros la cantidad en cuestión puede duplicarse y se le puede añadir cada recargo de cobro permitido por la ley. No aceptamos cheques postfechados.

COBROS DE FORMULARIOS

Cobraremos en la oficina entre \$25 y \$50 por cada formulario que se nos presente para llenar tal como formularios de incapacidad (Disability) y de FMLA (excusa médica), etc. El cobro se hará

al momento en que se presente el formulario en la oficina. No llenaremos ningún formulario sino hasta después que se pague el cargo. Por favor permítanos 7 días hábiles para completar los formularios.

MENORES DE EDAD

Si el tratamiento es para un menor de edad, los padres o el tutor legal deben hacerse responsables por los pagos de los servicios. Si alguien más acompañará al menor, por favor asegúrese que estén preparados para hacer los pagos necesarios al momento de presentarse para recibir nuestros servicios. Todo adulto, aparte del padre o tutor legal, que acompañe al menor deberá esperar en la sala de espera durante la cita a menos que tenga una carta firmada declarando que podemos discutir el progreso del menor con él o ella.

CUIDADO Y CORTESÍA

Eye Concern, Inc. y su personal se esfuerzan para proveer cuidado cortés y de buena calidad. Pedimos que usted recuerde que de cuando en cuando surgen emergencias que pueden demorar su cita. Agradecemos mucho su paciencia. Haremos todo lo posible para satisfacer sus expectativas. Sin embargo, nos reservamos el derecho de pedirle a cualquier persona que muestre un comportamiento grosero o que use lenguaje obsceno que desalojen el local y que busquen servicios ajenos.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Comprendo que me debo hacer responsable por todos los costos asociados con el tratamiento de mi prótesis ocular. Después de 30 días, cualquier saldo en mi cuenta incurrirá intereses (de 0.83% cada mes) y recargos por el atraso de pagos (del 1.5% del saldo a pagar cada mes) hasta que se pague el saldo por completo. Toda cuenta que permanezca inactiva por más de 45 días se considerará delinciente y estará sujeta a recaudación de fondos (collections) a menos que se hayan hecho arreglos anteriores. Si mi cuenta se volviera delinciente y se le añadieran recargos debido a los esfuerzos para recaudar el saldo, consiento a pagar todos y cada uno de los cargos, cobros, gastos y honorarios de cualquier tribunal y de cualquier abogado que se involucre en el caso.

Su firma abajo reconoce que usted ha leído, comprende y está de acuerdo a someterse con las políticas de nuestra oficina.

SU FIRMA EN ESTE DOCUMENTO SERVIRÁ COMO LA FIRMA DE SU EXPEDIENTE PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (ADB) EN CUALQUIER Y CADA SERVICIO QUE RECIBA.

Nombre: _____ **Fecha de Nac.:** _____
(Letra de molde)

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del garante: _____ **Fecha:** _____
(si el garante no es el cliente)

Directiva de privacidad HIPAA
Confirmación de Aviso Acerca de las Prácticas de Privacidad

Confirmación de aviso de prácticas (164.520(a))

Yo, _____, (nombre del paciente) comprendo que como parte de mi tratamiento médico, este establecimiento genera y mantiene archivos médicos que describen mis antecedentes médicos, síntomas, exámenes, cuidado de prótesis ocular y todo plan de evaluación para tratamiento en el futuro. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de ver una copia del aviso de privacidad de este establecimiento la cual incluye una descripción de los posibles usos y divulgación de mis antecedentes médicos.

Certifico que se me presentó una copia de las normas "CMS Medicare DEMPOS Supplier Standards" antes de firmar este documento (para pacientes con Medicare solamente)

X _____ /Fecha _____
(firma del paciente o del representante legal)

Nombre del representante legal

Nombre: _____

Representando a: _____
(nombre del paciente y fecha de nacimiento)

Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA
(FOR OFFICE USE ONLY)

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barrier prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify)

Privacy Official

Date



Eye Concern
El mejor en prótesis faciales y oculares
“Nuestros ojos igualan a sus ojos”

John L. Hadlock
BCO, BADO, FASO
Ocularista certificado

En efecto desde el 23 de febrero del 2009

RE: Política de Eye Concern con respecto a citas perdidas

Yo, _____, comprendo que Eye Concern, Inc. me cobrará una multa si no acudo a una cita programada y fallo dar previo aviso de cancelación 24 o 48 horas antes de la cita. También se me ha informado que esta multa es de \$50.00 por cada cita que “pierdo”. Al firmar este documento expreso mi acuerdo con éstos términos.

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso de la oficina:

Testigo: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A REPRESENTANTE PERSONAL

Autorizo a John Hadlock, BCO, Eye Concern, Inc. y a su personal a que divulguen la a familiares o a mi representante personal la siguiente información:

Todos los antecedentes médicos, incluyendo (per sin limitar a) los expedientes médicos, exámenes, tratamientos, consultas, estados de cuenta, rayos X, reportes de laboratorio, registros de hospitalación, diagnosis, pronósis, comentarios de personal médico y de enfermería y cualquier información no médica que se encuentre en mi expediente.

Solamente los siguientes tipos de información:

La información medica indicada arriba se hará disponible a las siguientes personas:

Familiar/Representante Personal

Relación

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Comprendo que puedo anular esta autorización tras informar a John Hadlock, BCO, Eye Concern, Inc. por escrito de la fecha en la que esta autorización expirará.

Esta autorización permanecera vigente hasta:

que la revoque por escrito.

el día _____ del 20____

Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo.

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

CONFIDENCIAL