



PORT ST LUCIE
2710 SW PORT ST LUCIE BLVD
PORT ST LUCIE, FL 34953
T: 772.878.1414
F: 772.878.0118

FORT PIERCE
4976 S 25TH ST
FORT PIERCE, FL 34981
T: 772.460.8487
F: 772.460.0225

Bienvenido a nuestra oficina

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) (Mes, Día, Año)

DIRECCIÓN: _____
(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Idioma preferido: _____ **Sexo:** _____ **Peso:** _____ **Altura:** _____

Teléfono móvil: _____ **Teléfono de casa/alternativo:** _____

Correo electrónico: _____ **Ocupación:** _____

Fecha del último examen de la vista: _____ **¿Por quién?:** _____

Médico de Atención Primaria: _____

Motivo del examen de hoy: _____

Nombre y número de identificación del seguro principal _____

Seguro secundario _____

Consentimiento para el tratamiento de niños menores de edad

Yo, _____, padre/madre o tutor legal de
_____, nacido/a _____, doy mi
consentimiento para cualquier atención médica y la administración de anestesia (gotas oftálmicas) que un médico determine necesaria para el bienestar de mi hijo/a. Esta autorización entra en vigor a partir de la fecha de la firma hasta que sea revocada por escrito.

Firma del paciente/tutor legal **Fecha**

Información sobre las gotas dilatadoras

Las gotas dilatadoras se utilizan para dilatar las pupilas y permitir que el médico examine el interior del ojo. Estas gotas pueden causar visión borrosa y hacer que las luces brillantes sean molestas. Puede posponer la dilatación y programarla para más adelante.

Al firmar a continuación, autorizo a los médicos y/o asistentes designados por los proveedores a administrar gotas dilatadoras cuando se considere necesario para examinar mis ojos.

Firma del paciente/tutor legal **Fecha**

SOLO PARA USO DE OFICINA:

El paciente se negó a firmar - Motivo:



PORT ST LUCIE
2710 SW PORT ST LUCIE BLVD
PORT ST LUCIE , FL 34953
T: 772.878.1414
F: 772.878.0118

FORT PIERCE
4976 S 25TH ST
FORT PIERCE, FL 34981
T: 772.460.8487
F: 772.460.0225

Formulario de contacto alternativo/método de comunicación preferido

Nombre del paciente _____

Nos tomamos muy en serio su confidencialidad médica. No divulgaremos ni podemos divulgar información sin su autorización por escrito. Esta autorización permite a nuestro personal hablar únicamente con la(s) persona(s) que usted designe en caso de que no esté disponible para recibir llamadas telefónicas o de que un adulto le ayude a coordinar su atención médica. No debe designar a su médico.

Como parte de nuestra Política de Privacidad del Paciente, no dejaremos ninguna información de salud con ninguna otra persona a menos que usted lo autorice específicamente a continuación:

_____ **NO Autorizo** a cualquier persona a recibir información sobre mi atención médica.

_____ **Autorizo** a mi médico y a los empleados de esta clínica a hablar con:

1. _____ (Nombre), mi _____ (Relación con el paciente), Su número de teléfono es: _____, Respecto a mi:

_____ **ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO** (incluidos los resultados de las pruebas)
_____ **CITAS Y CUENTA/FACTURA**

2. _____ (Nombre), mi _____ (Relación con el paciente), Su número de teléfono es: _____, Respecto a mi:

_____ **ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO** (incluidos los resultados de las pruebas)
_____ **CITAS Y CUENTA/FACTURA**

Consentimiento de comunicación electrónica ___ Sí ___ No

Para comunicarse electrónicamente con usted o con cualquier persona que usted designe, necesitamos su autorización por escrito. La comunicación puede realizarse por: teléfono fijo/contestador automático, teléfono celular (buzón de voz), mensajes de texto, correo electrónico, correo postal o teléfono del trabajo.

Esta autorización permanecerá vigente a menos que la modifique mientras sea paciente de esta oficina. Es mi responsabilidad notificar a esta oficina sobre cualquier cambio y completar un nuevo formulario. Acepto que si deseo revocar esta autorización, daré aviso por escrito..

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Advanced Eye Care Center se compromete a ser un administrador responsable de la información médica protegida de nuestros pacientes. Al firmar este formulario, consiento que Advanced Eye Care Center use o divulgue mi información médica protegida con el fin de diagnosticarme o brindarme tratamiento, obtener el pago de mis facturas médicas o para llevar a cabo las operaciones de atención médica de Advanced Eye Care Center. Puede obtener una copia de la Ley HIPAA solicitando información en recepción.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

SOLO PARA USO DE OFICINA:

El paciente se negó a firmar - Motivo:



PORT ST LUCIE
2710 SW PORT ST LUCIE BLVD
PORT ST LUCIE, FL 34953
T: 772.878.1414
F: 772.878.0118

FORT PIERCE
4976 S 25TH ST
FORT PIERCE, FL 34981
T: 772.460.8487
F: 772.460.0225

Asignación de beneficios y autorización vitalicia

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento según los términos establecidos y acepto cumplir con todas mis obligaciones financieras. Advanced Eye Care Center. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid u otros seguros comerciales se realice en mi nombre a Advanced Eye Care Center por los servicios que me brindó. Autorizo a cualquier persona que tenga información médica sobre mí a divulgar a mi compañía de seguros o a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. En los casos asignados por Medicare, el proveedor aceptó la determinación de cargos del contratista de Medicare.

También solicité que el pago de cualquier seguro secundario autorizado se realice en mi nombre a Advanced Eye Care Center o a cualquier médico de dicho grupo, por los servicios que me hayan brindado. Autorizo a cualquier persona que tenga información médica sobre mí a divulgar a mi aseguradora Medigap u otro pagador comercial (si corresponde), así como cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. **Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago, coseguro y/o cualquier procedimiento no cubierto.**

Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión tendrá la misma validez que el original.

Acuerdo financiero y cesión de beneficios

Nos complace que haya elegido Advanced Eye Care Center. Su comprensión de nuestras políticas financieras es fundamental para nuestra relación. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la información a continuación, por favor, consúltese con nuestro equipo.

Seguro

Advanced Eye Care Center participa en Medicare y la mayoría de las principales aseguradoras médicas. Como cortesía, enviaremos todos los servicios médicamente necesarios a su aseguradora. Si no participamos en su red, usted será responsable de una parte mayor, o posiblemente de la totalidad de la factura. La aseguradora toma la decisión final sobre su elegibilidad y beneficios. Usted será responsable de cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro, incluyendo, entre otros, los cargos que excedan la asignación habitual. Si no estamos dentro de la red de su aseguradora y esta le paga directamente, usted es responsable del pago.

Copagos, coseguros y deducibles

Esperamos que nuestros pacientes presenten su tarjeta de seguro vigente en cada visita. Todos los copagos, coseguros y saldos anteriores deben pagarse al momento de la prestación del servicio, a menos que se acuerde lo contrario. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover y también contamos con opciones de financiamiento.

Referencias y preautorizaciones

Si su compañía de seguros requiere una referencia o preautorización, haremos todo lo posible por obtenerla. Usted es responsable de obtener dicha referencia o preautorización. De no obtenerla, la compañía de seguros podría reducir significativamente su pago, y el saldo restante será su responsabilidad.

SOLO PARA USO DE OFICINA:

El paciente se negó a firmar - Motivo:



PORT ST LUCIE
2710 SW PORT ST LUCIE BLVD
PORT ST LUCIE, FL 34953
T: 772.878.1414
F: 772.878.0118

FORT PIERCE
4976 S 25TH ST
FORT PIERCE, FL 34981
T: 772.460.8487
F: 772.460.0225

Cuentas de autopago

- Pacientes sin cobertura de seguro
- Pacientes cubiertos por planes de seguro en los que Advanced Eye Care Center no participa
- Paciente que no tiene tarjeta de seguro registrada con nosotros.

Es su responsabilidad saber si nuestra oficina participa en su plan. Requerimos que los pacientes que pagan por cuenta propia paguen los servicios prestados al momento de la cita. Si tiene alguna pregunta, háganoslo saber. ¡Estamos aquí para ayudarle!

Tarifas del servicio de refracción (*Nota: Si está utilizando su seguro de visión de rutina, esto no aplica.*)

Para determinar la necesidad de lentes correctivos, el examinador realizará la parte de refracción de su examen. Esta es una parte importante de su examen ocular y es imprescindible para poder emitir cualquier prescripción de gafas. La refracción se realizará anualmente de forma rutinaria.

Medicare y la mayoría de los seguros médicos voluntad **no** cubren la parte de refracción rutinaria de su examen. Estamos requeridos por Medicare para cobrar aparte la refracción ya que es un servicio no cubierto.

*****Tiene derecho a rechazar la parte de refracción de su examen, pero tenga en cuenta que no podemos escribirle una receta actual sin completar la refracción.*****

La tarifa de refracción es **\$50.00*** y cobraremos esta tarifa al final de su visita al consultorio junto con cualquier otro servicio no cubierto o copago de acuerdo con su plan de seguro.

Reconocimiento del paciente

He leído la información anterior sobre la refracción y entiendo que se trata de un servicio de visión rutinario no cubierto. Acepto la responsabilidad financiera del cargo de \$50.00 y reconozco que debe abonarse el día de la consulta, junto con cualquier copago, deducible o coaseguro que pueda existir aparte del costo de la refracción y que no forme parte de él.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Utilice este espacio para cualquier información adicional.

SOLO PARA USO DE OFICINA:

El paciente se negó a firmar - Motivo:



PORT ST LUCIE
2710 SW PORT ST LUCIE BLVD
PORT ST LUCIE, FL 34953
T: 772.878.1414
F: 772.878.0118

FORT PIERCE
4976 S 25TH ST
FORT PIERCE, FL 34981
T: 772.460.8487
F: 772.460.0225

HISTORIAL MÉDICO COMPLETO

1. **¿Usas gafas?** Si No Si es así, ¿cuánto tiempo? _____
2. **¿Usas lentes de contacto?** Si No Si es así, ¿qué marca? _____
3. **¿Bebés?** Si No Si es así, ¿cuánto? _____
4. **¿Fumas?** Si No Si es así, ¿cuánto? _____
5. **¿Sufre de dolores de cabeza?** Si No Si es así, ¿con qué frecuencia? _____
6. **¿Trabajas frente a una pantalla más de 5 horas al día?** Sí No
7. **¿Trabajas al aire libre durante más de 2 horas al día?** Sí No

¿Usted o alguno de sus familiares inmediatos tiene/tuvo lo siguiente?

Ceguera _____ Cirugía ocular _____

Cataratas _____ Miopía degenerativa _____

Enfermedades de la córnea _____ Retinitis pigmentosa _____

Glaucoma _____ Síndrome de Usher _____

Degeneración macular _____ Enfermedad de la retina _____

Enfermedad de la tiroides _____ Cáncer _____

Inmunodeficiencia _____ Inflamación crónica _____

Trastornos de la sangre _____ Artritis _____

Síndrome de Sjögren _____ Trastornos psiquiátricos _____

Diabetes (incluya el tipo) _____ Si es "yo" ¿Cuál fue su última A1C? _____

Presión arterial alta _____ Colesterol alto _____

Enumere cualquier alergia _____

¿Qué medicamentos está tomando actualmente y en qué cantidad?

Por favor utilice este espacio para cualquier información adicional, historial médico, cirugías o información pertinente:

SOLO PARA USO DE OFICINA:

El paciente se negó a firmar - Motivo: