

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombres Completos del Paciente:		Estado civil:	
Nombre de Soltera Anterior:		Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H
Dirección (Nombre de la Calle, Ciudad, Código Postal):		Ciudad:	ZIP Code:
Número de Seguridad Social:	Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	
Ocupación:	Empleador:	Teléfono del Trabajo:	
Correo Electrónico:			
Raza: (Requerido por las Regulaciones Federales HIPAA)			
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Desconocido		
EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre Completo:	Relación con el Paciente:	Teléfono de Casa:	Teléfono 2:
FARMACIA PREFERIDA			
Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Fax:	
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA			
Nombre:	Ciudad:	Teléfono:	
Dirección:		Fax:	
OPTOMETRISTA			
Nombre:	Ciudad:	Teléfono:	
Dirección:		Fax:	
MÉDICO DE REFERENCIA			
Nombre:	Ciudad:	Teléfono:	
Dirección:		Fax:	

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

(Por favor traiga su (s) tarjeta (s) de seguro a su cita y entrégueselo al recepcionista)

Compañía de Seguros Primaria:		Fecha Efectiva:	
Nombre Completo del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento	
SSN del Suscriptor:		Relación del Paciente con el Suscriptor:	
Grupo No.:	Política No.:	Copago: \$	

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Compañía de Seguros Primaria:		Fecha Efectiva:	
Nombre Completo del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento	
SSN del Suscriptor:		Relación del Paciente con el Suscriptor:	
Grupo No.:	Política No.:	Copago: \$	

INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (complete solo si está lesionado en el trabajo)

Empleador en el Momento del Accidente:		Fecha de Herida:	
Dirección:		Teléfono:	
Compañía de Seguros:		Teléfono:	
Dirección de la Compañía de Seguros:			
Numero de Reclamo:		Nombre del Ajustador:	

Nombre Completo del Paciente:	Fecha:
--------------------------------------	---------------

Cuestionario de Historia Médica

La Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud requiere que obtengamos la siguiente información de usted para cumplir con sus pautas de historial de pacientes para los servicios de consulta de facturación. Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario o necesita ayuda, infórmese a

¿Qué síntomas o quejas tiene con su visión (sea específico, incluidas las fechas)?

Enumere todas las principales enfermedades y lesiones que ha tenido en el pasado:

Haga una lista de todas las cirugías (incluso en sus ojos) que haya tenido en el pasado:

Enumere cualquier medicamento (incluidos los medicamentos para los ojos) que tome:

Haga una lista de las alergias que tenga (incluidas las alergias a los medicamentos):

¿Tiene actualmente algún problema con las siguientes áreas?

Integument (piel)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Nuerológico
Oídos, Nariz, Boca, Garganta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Ganglios Linfáticos
Respiratorio (pulmones)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Hematopoyético (sangre)
Cardiovascular (corazón)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Alérgico / Inmunológico
Gastrointestinal (estómago)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Genitourinario
Huesos, Articulaciones, Músculos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No			
¿Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No			
¿Fumas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No			
¿Estás tomando anticoagulantes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	Si es asi, ¿qué estás tomando?		

¿Crees que has estado expuesto al VIH? Si No

Firma de Guardián del Paciente

FORMULARIO ESCRITO DE RECONOCIMIENTO

Yo, _____ (Por favor, imprima el nombre del paciente) se ha proporcionado una copia de la Notificación de prácticas de información médica y aviso de política financiera de Alliance Retina.

He tenido la oportunidad de leer el Aviso de Salud Prácticas de información y aviso de política financiera.

Entiendo que puedo hacer una pregunta si no entiendo la información contenida en el Aviso de prácticas de información médica y el Aviso de política financiera.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Nombre Impreso del Paciente / Tutor

AVISO DE POLÍTICA FINANCIERA

Lea y firme el siguiente resumen de la política financiera. Si tiene preguntas sobre esta Política financiera, comuníquese con nuestra oficina al 817-617-7678.

1. El pago debe realizarse en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheque y todas las principales tarjetas de crédito. Cheques post-fechados no serán aceptados por nuestra oficina.
2. Esté preparado para proporcionarle a nuestra oficina una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro e identificación con foto cada vez que visite nuestra práctica. Cada vez que visita nuestra oficina, es posible que deba actualizar su información personal, como la dirección de su casa, los números de teléfono de contacto y los números de teléfono de contacto de emergencia. Si hay algún cambio en su seguro, es su responsabilidad notificar a nuestra oficina antes de su visita. Si la información del nuevo seguro no se proporciona antes de la visita, usted podría ser responsable de los cargos incurridos por cualquier fecha de servicio o tratamiento antes de que se brinde la nueva información.
3. Si su seguro requiere que pague un copago, debe pagar este copago al momento de su cita. Su visita o tratamiento puede reprogramarse si se requiere una autorización previa del seguro o PCP. El pago de servicios no autorizados es entonces su responsabilidad. Los honorarios no cubiertos por su compañía de seguros debido a deducibles no cubiertos vencen al salir de la oficina. Si este es el caso, ofrecemos planes de pago para garantizar que su tratamiento no quede sin terminar.
4. Los honorarios médicos quirúrgicos adeudados se adeudan antes de cualquier cirugía realizada por el médico en las distintas instalaciones donde realizamos la cirugía. Esto incluiría cualquier deducible, copago o coseguro. Las tarifas citadas por nuestra oficina para cirugía son solo para el cirujano. La instalación donde se realiza la operación es responsable de cotizar y cobrar el pago de sus tarifas. Es su responsabilidad comunicarse con la instalación de cirugía para obtener sus tarifas y hacer un arreglo de pago antes de la fecha de la cirugía.
5. La responsabilidad financiera de un menor es responsabilidad del adulto acompañante a menos que se hayan hecho los arreglos antes de la visita.
6. Cualquier saldo vencido debe ser pagado ya sea por la declaración recibida de nuestra oficina de facturación o en el momento de su próxima visita. En el caso de que su cuenta esté vencida, tomaremos las medidas necesarias para cobrar la deuda y, posiblemente, la derivación a una agencia de cobro que podría afectar su registro de crédito.
7. POLÍTICA DE AUTOPAGO / PAGO EN EFECTIVO: Para los pacientes que usan efectivo para su visita a la oficina, se deberá pagar un depósito de \$ 300 en el momento del servicio. Esta es una tasa de descuento para una nueva visita que incluyó una oftalmoscopia de fondo de ojo dilatada y una tomografía de coherencia óptica de diagnóstico básica.
8. PACIENTES ASEGURADOS CON DEDUCIBLE INDEBIDO: Para pacientes que no han cumplido con el deducible de su seguro, se deberá pagar un depósito de \$ 300 en el momento del servicio. Este depósito se aplicará a los cargos reales de la visita. Si los cargos por visita exceden los \$ 300, el saldo restante se le cobrará a usted. En caso de que los cargos reales sean inferiores a \$ 300, la diferencia se reembolsará dentro de los 10 días.
9. Se aplicará un cargo por cheque de devolución de \$ 25.00 si su banco devuelve su cheque.
10. Debido a la cantidad de servicios de soporte asociados con FMLA y otros documentos, podemos cobrar \$ 25.00 por su finalización.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

USOS Y DIVULGACIONES

TRATAMIENTO. Su información de salud puede ser utilizada por miembros del personal o divulgada a otros profesionales de la salud con el fin de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas y brindar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas de laboratorio y los procedimientos estarán disponibles en su registro médico para todos los profesionales de la salud que puedan proporcionar tratamiento o que puedan ser consultados por los miembros del personal.

PAGO. Su información de salud puede ser utilizada para solicitar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura, como una aseguradora de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que puede usar para pagar los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas del servicio, los servicios prestados y la afección médica que se está tratando.

OPERACIONES SANITARIAS. Su información de salud puede usarse según sea necesario para respaldar las actividades cotidianas y la gestión de Alliance Retina of Texas PLLC. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibió puede ser utilizada para respaldar el presupuesto y la información financiera, y las actividades para evaluar y promover la calidad.

CUMPLIMIENTO DE LA LEY. Su información de salud puede ser divulgada a las agencias de aplicación de la ley para respaldar las auditorías e inspecciones del gobierno, facilitar las investigaciones policiales y cumplir con los informes obligatorios del gobierno.

PUBLIC HEALTH REPORTING. Su información de salud puede divulgarse a las agencias de salud pública según lo exija la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización. La divulgación de su información de salud o su uso para fines distintos a los mencionados anteriormente requiere su autorización escrita específica. Si cambia de opinión después de autorizar el uso o la divulgación de su información, puede presentar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni anulará el uso o la divulgación de información que haya ocurrido antes de que nos haya notificado su decisión de revocar su autorización.

Sin su autorización, queda expresamente prohibido utilizar o divulgar su información de salud protegida para fines de comercialización cuando se trata de una remuneración financiera. Es posible que no vendamos su información de salud protegida. No utilizaremos ni divulgaremos ninguna de su información de salud protegida que contenga información genética que se utilizará con fines de suscripción.

USO ADICIONAL DE LA INFORMACIÓN

RECORDATORIOS DE CITAS. Su información de salud será utilizada por nuestro personal para enviarle recordatorios de citas.

INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTOS. Su información de salud puede usarse para enviarle información sobre el tratamiento y la gestión de su afección médica que pueda resultarle interesante. También podemos enviarle información que describa otros productos y servicios relacionados con la salud que creemos que pueden interesarle.

RECAUDACIÓN DE FONDOS. No utilizaremos su información protegida para esfuerzos de recaudación de fondos a menos que usted la apruebe por escrito para el esfuerzo específico de recaudación de fondos.

MÁRKETING. No utilizaremos su información protegida para esfuerzos de comercialización, a menos que usted la apruebe por escrito para el esfuerzo de marketing específico.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Éstas incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento
- El derecho de inspeccionar una copia de su información de salud protegida
- El derecho de enmendar o enviar correcciones a su información de salud protegida
- El derecho a recibir un informe de cómo y a quién se le ha revelado su información de salud protegida
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

DERECHOS DE LA ALLIANCE RETINA OF TEXAS PLLC

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud protegida y proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso. En el caso de una violación de la información protegida no segura, si su información ha sido comprometida, es nuestro deber notificárselo.

DERECHO DE REVISAR PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Según lo permitido por la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Previa solicitud, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita a la oficina.

Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información de salud protegida que mantenemos.

SOLICITUDES PARA INSPECCIONAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

En general, puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que las solicitudes para inspeccionar o copiar información de salud protegida se presenten por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso a sus registros contactando a nuestro departamento de Registros Médicos o al Oficial de Privacidad. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que haya razones legales o médicas para denegar la solicitud.

QUEJAS

Si desea enviar un comentario o quejarse de nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta en la que exponga sus inquietudes a:

Oficial de privacidad
Alliance Retina of Texas PLLC
1007 W. Randol Mill Road Suite 110
Arlington, TX 76012

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, debe llamar el asunto a nuestra atención enviando una carta describiendo la causa de su inquietud a la misma dirección. No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

La fecha de vigencia de este Aviso es 07/10/2017.