Brandon Eye Associates

NOMBRE:_____
Apellido Primer MI

FECHA DE NACIMIENTO:_____ SEGURO SOCIAL #:_____

Teléfono de la casa_____: TELÉFONO CELULAR #:_____

DIRECCIÓN:_____
Código postal

ESTADO CIVIL: M_____ S_____ D_____ W_____ GÉNERO: (Marque uno) Hombre / Mujer

RACE: (marque lo que corresponda): ☐American o nativos de Alaska ☐Asian ☐Black o el afroamericano
☐Native de Hawai u otras islas del Pacífico ☐White ☐ Más de una raza

ETNIA: ☐Hispanic o Latino ☐Not Hispano o Latino Idioma preferido:_____

PACIENTE (o los padres) EMPLEADOR:_____ TRABAJO #:_____

OCUPACION:_____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:_____

NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:_____

NOMBRE DEL OPTÓMETRA:_____

¿Qué médico lo refirió a nuestra oficina ?:_____

PERSONA A AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE:_____ HOME #:_____ # TRABAJO:_____

Relación con el paciente:_____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Facturaremos un máximo de 2 MÉDICO O 1 VISIÓN DE SEGURO POR FECHA DE SERVICIO.

PRIMARIO SEGURO MÉDICO NOMBRE DE LA EMPRESA:_____

Nombre del asegurado:_____ Grupo #:_____ # Identificación:_____

LA SOC asegurado. SEC #:_____ FECHA DE NACIMIENTO:_____ (si no es el paciente)

SECUNDARIO NOMBRE DE SEGURO MÉDICO DE EMPRESA:_____

Nombre del asegurado:_____ Grupo #:_____ # Identificación:_____

LA SOC asegurado. SEC #:_____ FECHA DE NACIMIENTO:_____ (si no es el paciente)

VISIÓN DE SEGURO NOMBRE DE LA EMPRESA:_____

Nombre del asegurado:_____ Grupo #:_____ # Identificación:_____

LA SOC asegurado. SEC #:_____ FECHA DE NACIMIENTO:_____ (si no es el paciente)

Me hearby asignar todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos, Medicare, seguro privado y un grupo u otro plan de salud de Eye Associates Brandon. Una fotocopia de esta asignación es tan válida como un original, y revocable por mí solamente por escrito. Por la presente autorizo dicho cesionarios para liberar toda la información para garantizar el pago. Por la presente autorizo la entrega de toda la información médica necesaria para el tratamiento y para todos los profesionales médicos que participan en mi cuidado. Acepto la responsabilidad financiera final de cuenta efectuados por el paciente nombrado arriba en Eye Associates Brandon. Yo entiendo que la falta de pago por un transportista tercero no me exime de esta responsabilidad.

_____
Firma del paciente Fecha

PADRE (tutor legal):_____
Nombre Seguro Social. # D.O.B

BRANDON EYE ASSOCIATES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Pt #:

Examen de la vista del ojo (visita de rutina):
Estos exámenes determinan si la visión se puede mejorar con gafas o lentes de contacto y la detección de enfermedades oculares.

Examen médico de los ojos:
Estos son los exámenes para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oculares. Si los anteojos o lentes de contacto no puede mejorar la visión, a menudo la causa está relacionada con una condición médica subyacente ojo.

CÍRCULO del tipo de examen va a ser sometido HOY:

Visión / Médico _____ _____
Firma del paciente **Fecha**

Refracción:
La refracción es la determinación óptica de la mejor visión posible del ojo. Es necesaria para determinar si se puede indicar cualquier tratamiento médico, óptico o quirúrgico. No es un servicio cubierto por la mayoría de los planes de seguro.

¿Quieres una gafas y / o lentes de contacto hoy en día?	**SÍ**	**NO**
¿Quieres una copia de sus gafas y / o lentes de contacto hoy?	**SÍ**	**NO**
¿Desea cambiar la lente y / o el marco de su receta de hoy?	**SÍ**	**NO**

Si su respuesta es sí a cualquiera de estas preguntas, por lo que necesita una refracción. Nuestra tarifa de la oficina para la refracción es de **$ 40.00,** que se aplica en el momento del servicio, y es además de cualquier co-pago.

BRANDON EYE ASSOCIATES

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y FORMA DE AUTORIZACIÓN

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre usted. El aviso contiene una sección sobre Derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de información médica protegida acerca de usted para tratamiento, pago y atención médica. Una copia completa de la Notificación de Prácticas de Privacidad Brandon Eye Associates se publica en nuestra sala de espera y en nuestra página web. También puede solicitar una copia impresa en cualquier momento. Usted tiene el que por derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna revelación que ya hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. Brandon Eye Associates, Inc. proporciona esta forma para cumplir con la Ley de Responsabilidad de 1996 y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

El paciente entiende que:

• información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para fines de tratamiento, pago o atención médica.
• Brandon Eye Associates, Inc. tiene un aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
• Brandon Eye Associates, Inc. se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Políticas de Privacidad. Si cambiamos nuestra Notificación, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina.
• El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información, pero Brandon Eye Associates, Inc. no tiene por qué estar de acuerdo con esas restricciones.
• El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras van a cesar.
• Brandon Eye Associates, Inc. puede condicionar el tratamiento de la ejecución de este Consentimiento.

En ocasiones, el paciente y Brandon Eye Associates, Inc. puede que quiera usar o divulgar su PHI para una finalidad específica con excepción de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. uso o divulgación de información acerca de usted para el que se requiere esta autorización incluye pero no se limita a la esperada: los medicamentos que ordenan en una farmacia, que autoriza recargas a una farmacia, ordenamiento de monturas de gafas, lentes, lentes de contacto, exámenes de laboratorio, rayos X, los médicos se presente el paciente, la cirugía ambulatoria, y los terceros pagadores.

Las personas que pueden utilizar o revelar esta información: Frente y el personal de back office, los médicos, Administrador de la Práctica, Departamento de Óptica, el personal de los informes médicos, y Oficial de Cumplimiento.
Las personas que pueden recibir y utilizar la información divulgada: Farmacias, laboratorios ópticos, vendedores de lentes de contacto, hospitales, laboratorios médicos, compañías de seguros, personal de la oficina de otro médico que le están referidos.

Fecha de vencimiento de esta autorización: Un año desde la fecha de la firma del formulario de autorización.

Esta autonizacion fue firmada por:: _____

Firma – Paciente o representente
Desea una copia? ☐ Si ☐ No
☐ copia entregada

Relacion con el paciente (si no es el paciente):_____

En frente de: _____ Fecha:_____
firma – Brandon Eye Associates

Brandon Eye Associates cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
Información a las personas

_____ **Fecha de nacimiento:**_____ **SS #**_____

Nombre del paciente

Entiendo que BRANDON EYE ASSOCIATES (BEA), de vez en cuando, puede ser solicitada a revelar mi información de salud protegida (PHI) con los miembros de mi familia o un amigo cercano. Por lo tanto, autorizo a BEA a revelar mi PHI para los siguientes fines:

- □ **Haga una cita por mí**
- □ **Cancelar una cita por mí**
- □ **Obtener resultados de las pruebas de laboratorio en mi nombre**
- □ **Hablar de mi estado de salud actual o síntomas**
- □ **Recojer recetas o muestras farmacéuticas en mi nombre**
- □ **Todo lo anterior**

con las siguientes personas:

Nombre de la person	Relación de la persona	Número de teléfono

Entiendo que si se solicita información a través del teléfono, se le pedirá a la persona que llama para identificar mí por proporcionar (a) mi número de seguro social y mi fecha de nacimiento, como se muestra en los registros de BEA, y (b) el nombre completo de la persona que llama se muestra arriba. Si la solicitud se hace en persona, se requerirá a la persona a proporcionar identificación, incluyendo una identificación con foto.

Entiendo que con el fin de añadir o eliminar personas designadas de esta lista, debo notificar por escrito BEA. También entiendo que puedo revocar esta autorización en su totalidad por notificación escrita a BEA, o firmar una revocación de la autorización para la divulgación de la información sanitaria proporcionada por BEA.

Entiendo que esta autorización no incluye BEA de proporcionar copias de mis registros médicos a los individuos por encima sin la forma de liberación adecuado.

_____ _____

Firma del paciente o representante personal — Fecha Firmado

_____ _____

Nombre del Paciente o Representante Personal — Actualización - Inicial y Fecha

_____ _____

Relación con el Paciente Representante Personal — Actualizado - Inicial y Fecha

Brandon Eye Associates

Políticas de la Oficina

Co-Pays

Es nuestra política para cobrar su seguro de co-pago en el momento de su cita. Esto simplifica el proceso de la oficina y garantiza la obligación financiera se cumple en el momento del servicio.

Co-Seguros / deducibles

Se hacen todos los esfuerzos para estimar la imagen fiel del coaseguro o deducible adeudados basa en la naturaleza de la visita. Es nuestra política recolectar estos pagos en el momento del servicio.

Facturación

Como cortesía, Brandon Eye Associates facturas de su proveedor de seguros de salud en su nombre, con las siguientes directrices / excepciones:

- Tarjeta de Seguro: Es muy importante que la tarjeta de seguro más reciente se llevó a todas las citas. Debemos tener la información correcta en el momento del servicio. Una tarjeta de seguro es similar a una tarjeta de crédito - la información debe ser actual y válida con el fin de que sea utilizado.

- Seguro de Auto: No cuenta de seguro de auto para visitas y atención médica relacionados con un accidente automovilístico. El pago será requerido en el momento del servicio, y nos proporcionará la documentación necesaria para que usted envíe a la compañía de seguros de automóviles para el reembolso.

Reclamos de seguro

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En la mayoría de los casos, que no son parte de este contrato. Nos cuenta de su compañía de seguros primaria como una cortesía a usted. Con el fin de facturar correctamente su compañía de seguros se requiere que revele toda la información de seguros, incluyendo seguro de primaria y secundaria, así como cualquier cambio de la información del seguro. La falta de información completa de seguro puede dar lugar a la responsabilidad del paciente durante todo el proyecto de ley. Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros que hace la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros no tiene contrato con nosotros, usted acepta pagar cualquier porción de los cargos no cubiertos por el seguro, incluyendo pero no limitado a los cargos por encima de la asignación normal y habitual. Si estamos fuera de la red con su compañía de seguros y su compañía de seguros le paga directamente, usted es responsable del pago y acuerda remitir el pago a nosotros inmediatamente.

Iniciales del paciente:_____

Referencias y autorizaciones previas

Ciertos seguros de salud (HMO, POS, etc.) requieren que usted obtenga una referencia o autorización previa de su médico de cabecera (PCP) antes de visitar a un especialista. Si su compañía de seguros requiere una derivación y / o autorización previa, usted es responsable de su obtención. La falta de obtener la remisión y / o autorización puede resultar en un menor o ningún pago de la compañía de seguros y el saldo será su responsabilidad. arreglos de pago alternativos o reprogramación de su cita puede ser necesario si no se obtiene.

Refracciones

Durante el curso de su tratamiento puede que tenga que tener una refracción. A refracción es el proceso de determinar si hay una necesidad de lentes correctoras o lentes de contacto o un cambio en la visión. Es una parte esencial de un examen de los ojos y necesario para escribir una prescripción de gafas o lentes de contacto, así como una herramienta de diagnóstico para el médico. No es un servicio cubierto por Medicare o la mayoría de los planes de seguro. Estos planes consideran este servicio de una "visión" y no un servicio "médica". Nuestra tarifa de cargo por un refracción es $ 30.00 y se aplica en el momento del servicio, además de cualquier copago su plan podría requerir.

Las tarifas para médicos Copias / Formularios / Informes

- $ 1.00 por página para copias de hasta 25 páginas ... $ 0.25 por página para cada uno adicional

- $ 25.00 mínimo para todas las formas (FMLA, formularios de discapacidad, formas especiales)

-Solicitudes Para médicos registros / formularios requieren un mínimo de 7 días hábiles

Política de nombramiento

Se requiere un mínimo de 24 horas de antelación para reprogramar o cancelar una cita. Si usted llega tarde a una cita, nuestro personal le consulte con el médico que esté programado con para ver si todavía puede ser visto. Si llega tarde, es posible que o bien tiene un tiempo de espera más largo para volver a ver al médico o puede ser necesario reprogramar su cita.

Los mensajes telefónicos

Mensajes telefónicos tienen un 48 hora (día laboral 2) dar la vuelta.

Prescripción Rellena

Repetición de recetas requieren un aviso de 5 días de negocios.

Todos los pagos deben al momento del servicio.

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha