

INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE NIÑO/A

Apellido del niño/a:		Nombre del niño/a:		Inicial media:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	☐ Varón ☐ Hembra		Número de seguridad social:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre de Madre/Guarda:		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:	Estado civil (<i>rodean uno</i>): Solo / Casado / Divorcio / Separado / Viuda			
Correo electrónico:		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Empleador:	Dirección del empleador:				
Nombre de Padre/Guarda:		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:	Estado civil (<i>rodean uno</i>): Solo / Casado / Divorcio / Separado / Viuda			
Correo electrónico:					
Empleador:	Dirección del empleador:				
Contacto de emergencia y Teléfono (<i>amigo/pariente que vive en una dirección diferente</i>):					
Seguro primario:					
Poseedor del seguro:			Número del seguro:		
Otro seguro:					
Poseedor del seguro:			Número del seguro:		
¿Aquí para una herida a la compensación de trabajadores? ☐ No ☐ Sí			Fecha de la herida:		
Dirección del empleador:			Persona a contactar en el trabajo y teléfono:		
Declaro que no tengo otro seguro además de lo que está puesto en esta lista (<i>firma & fecha</i>)					
Raza/Pertenencia étnica: ☐ Hispano/Latino ☐ Amerindio/Habitante de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Blanco ☐ Hawaiano Natal/Isleño Pacífico ☐ Otro (<i>por favor escríbalo</i>):					
Lengua preferida: ☐ Inglés ☐ Otro (<i>por favor escríbalo</i>):					
Referencia de optometrista:			Médico de primeros auxilios:		
Me intereso en saber más sobre: ☐ LASIK ☐ Saliendo de gafas ☐ Procedimientos cosméticos y/o BOTOX					

POR FAVOR TRAIGA SUS TARJETAS DE SEGURO Y PERMISO DE CONDUCIR A LA RECEPCIÓN.



POLIZA FINANCIERA

- **LOS PACIENTES CON SEGURO MEDICO O DE VISION** deben entender que Heaton Eye Associates absolutamente está dedicada a proveerle con un nivel superior de cuidado y de servicio. Nuestra relación primaria es con usted y no su compañía de seguros. La clasificación y enviación de declaraciones de presupuestos a su seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los gastos son su responsabilidad final sin tener en cuenta su seguro.
 - **LA PRUEBA DE LA COBERTURA DE SEGUROS SE REQUIERE EN CADA VISITA.** Traiga su tarjeta(s) de seguros corriente a cada visita. Si no es capaz de proporcionar la prueba de su cobertura de seguros en el momento de su cita, tendremos que cambiar su cita o puede decidir hacer un depósito de \$200 hacia su visita antes de la vista. Heaton Eye Associates le reembolsaremos/facturaremos una vez que su seguro ha pagado por su visita. Es su responsabilidad de proveer nuestra oficina con la información de seguros exacta y notificarnos de cualquier cambio de su cobertura de seguro médico o de visión. También, por favor díganos de cualquier cambio de dirección y/o cambios del número(s) de teléfono. Aunque participamos en la mayoría de los planes de seguro, esperamos que nuestros pacientes sepan cuál es su seguro y que verifiquen la cobertura de su plan de seguros personal. Ofrecemos un descuento de 20% a pacientes que desean pagar en su totalidad por dinero efectivo, cheque o tarjeta de crédito (excluyendo LASIK, intercambio de lente refractivo, anteojos o gafas y procedimientos cosméticos).
 - **ALGUNAS COMPANIAS DE SEGURO (es decir Planes de Seguro Médico como Blue Cross 38000) REQUIEREN UNA AUTORIZACIÓN PREVIA Y/O UNA REMISIÓN** de un médico de primeros auxilios para ver al Doctor de los Ojos. Debe obtener esto ANTES DE su visita. Lamentamos que, en la mayor parte de las situaciones, no podamos obtener estas autorizaciones/remisiones para usted. Si necesita una autorización/remisión, pero no ha obtenido uno antes de su cita, tendremos que cambiar su cita o puede decidir hacer un depósito de \$200 hacia su visita antes de la vista. Heaton Eye Associates le reembolsaremos/facturaremos una vez que su seguro ha pagado su visita. Medicaid requiere una pre-autorización.
 - **COPAGOS, CO-SEGUROS, DEDUCIBLES y GASTOS NO CUBIERTOS** son parte de su contrato con su compañía de seguros. El pago se esperará al momento del servicio, como requerido por su compañía de seguros. Aceptaremos dinero efectivo, cheques personales, MasterCard, VISA, tarjeta DISCOVER y AMERICAN EXPRESS. Si llega a la oficina y no está preparado para pagar estas sumas requeridas, tendremos que cambiar su cita.
 - **LA PRESENTACION DE RECLAMOS** se hará por usted con su seguro médico, MEDICARE, MEDICAID y otros seguros con quien participamos. También haremos todo lo posible para presentar un reclamo con su seguro secundario o terciario por usted. Después de que su compañía de seguros ha tratado su reclamación, cualquier cantidad restante debida por usted debe ser pagado dentro de treinta (30) días. Si su compañía de seguros no responde a nuestras reclamaciones, podemos pedir su ayuda antes de transferir la responsabilidad financiera a usted.
 - **PARTICIPAMOS EN POCOS PLANES DE SEGURO DE VISIÓN**
Si tiene preguntas, puede dirigirse a uno de nuestros representantes de seguros.
 - **LOS GASTOS PARA UNA VISITA** pueden variar enormemente basado en su historia médica, la razón de su visita y cualquier examen o tratamiento especial solicitada por su doctor.
 - **EL TRATAMIENTO DE UNA HERIDA EN SU TRABAJO (LA COMPENSACIÓN DE SEGURO DE LOS TRABAJADORES)** debe tener una autorización previa de su empleador y una copia del Informe de la Primera Herida de la compañía de seguros que proporciona la cobertura del seguro de su empleador.
 - **Una REFRACCIÓN** es una prueba o test para medir su mejor visión posible. Una refracción es una prueba requerida de un examen completo y se debe realizar antes de que cualquier tratamiento/prescripción para iniciar la mejora de su visión. La asistencia médica, seguros médicos, MEDICARE, el Seguro médico de QMB y la mayor parte de compañías de seguros comerciales consideran una refracción una prueba necesaria pero no cubierta. Si su examen incluye una refracción, nuestros honorarios de la refracción se coleccionarán en el momento de su visita porque usted es responsable de este pago.
 - **FINANCIACIÓN** está disponible para pacientes calificados a través del CareCredit para exámenes o procedimientos. Si requiere financiación, por favor solicite que un representante explique sus opciones de financiación y el proceso de aplicación antes de su cita.
 - **CRÉDITOS** en caso de que su cuenta de Heaton Eye Associates tenga un crédito y un balance debido al Heaton Laser & Surgery Center, reservamos el derecho de transferir créditos de Heaton Eye Associates a los balances restantes del Heaton Laser & Surgery Center antes de la publicación de un reembolso.
- POLÍZAS FINANCIERAS ADICIONALES** incluyen:
- un precio de \$32.00 para cheques de fondo no suficientes
 - un precio de \$25.00 para una copia de sus archivos médicos (para copias personales solamente)
- Yo, _____
(Nombre impreso de Paciente o Garante), he leído la forma o la cédula **POLÍZA FINANCIERA** en su totalidad. Entiendo y consiento a cumplir con las **POLÍZAS FINANCIERAS** de Heaton Eye Associates. Autorizo Heaton Eye Associates a soltar cualquier información médica necesaria para la reclamación de las declaraciones de presupuestos. Entiendo que soy económicamente responsable de gastos no cubiertos por el seguro.
-

Firma

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Con mi firma abajo, concedo permiso a Heaton Eye Associates para dar tal cuidado que el médico pueda juzgar apropiado para tratamiento y diagnóstico de mí mismo o de mi hijo/a. Doy permiso que mis ojos o los ojos de mi hijo/a sean dilatados si el doctor decide que es necesario.

He leído el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y he tenido cualquier pregunta contestada por esta oficina. Entiendo que firmando esta forma consiento a lo siguiente:

- Intercambio de información con objetivos de tratamiento: la información acerca de mi salud o la salud de mi hijo/a puede ser usada por Heaton Eye Associates o ser revelado a otros profesionales de la asistencia médica para la evaluación de mi salud o la salud de mi hijo/a, diagnosticar enfermedades o para coordinar y administrar el tratamiento.
- Intercambio de información con objetivos de pago: la información de mi salud o de la salud de mi hijo/a puede ser usada para buscar el pago de mi seguro, de otras fuentes de cobertura como el seguro de carro, o de compañías de la tarjeta de crédito que puedo usar para pagar por estos servicios.
- Intercambio de información con objetivos para operaciones: la información de mi salud o la salud de mi hijo/a puede ser usado si es necesario con objetivos comerciales para apoyar las operaciones cotidianas de Heaton Eye Associates (incluso, pero no limitado al proceso de credencialización, revisión anual, acreditación y conforme a todas las leyes federales y estatales).

Por este medio asigno mi seguro del plan de salud (médica o de la visión) u otras aseguranzas aplicables para la cirugía o cuidado médico para mí mismo o mi niño/a a Heaton Eye Associates.

Entiendo que soy responsable de la conformidad con los estándares y normas expuestas en mi plan del seguro médico o del plan de mi hijo/a y entiendo que seré responsable de todos los deducibles, honorarios no reembolsables u honorarios del servicio no cubierto por mi plan de seguro o el plan de mi hijo/a.

Yo doy libremente mi consentimiento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si la revocación es por escrito. Cualquier uso o revelación que ha ocurrido antes de la fecha de mi revocación del consentimiento no se afectará.

Nombre del paciente (imprimen por favor)

Firma del paciente/ guardián

Relación al paciente

Fecha

FORMA HIPAA ACCESO PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del Paciente: Yo, _____, Fecha de nacimiento _____, entiendo que es la póliza de Heaton Eye Associates de restringir el acceso a mi información protegida de salud. Mi información de salud se puede revelar a cuidador(s) médicos, compañía(s) de seguros para el pago de mi reclamación y operaciones de la asistencia médica básicas como pre-certificación, remisiones, etcétera. Doy mi permiso para que la(s) persona(s) siguientes tengan acceso, como indicado abajo, a mi Información privada de salud.

COMUNICACIÓN

Le comunicaremos su información confidencial acerca de su cuidado clínico y/o quirúrgico en su contestador automático, correo vocal o teléfono celular. Usaremos todos los medios de comunicación incluyendo, pero no limitados al correo electrónico y mensajes de texto a no sea que por otra parte sea especificado. Si no está de acuerdo con estos medios de comunicación, debe especificar cómo nos podemos poner en contacto con usted.

Otra preferencia de comunicación:

PREFERENCIAS DE ACCESO DE INFORMACIÓN

No podemos soltar la información a nadie que no ha puesto en esta lista.

NOMBRE (por favor imprima)	FECHA DE NACIMIENTO	CLÍNICO	QUIRÚRGICO	FINANCIERO
1.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno
2.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno
3.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno
4.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno
5.		Todos / Ninguno	Todos / Ninguno	Todos / Ninguno

Firma del Paciente/Guarda

Fecha

☐	Amigo/Miembro de la familia				
☐	Medico de primeros auxilios				
	Nombre _____				



Modo de Consentimiento para Receta de Lentes FTC

Yo quiero recibir mi receta de lentes vía:

_____ Papel

_____ Portal de Pacientes (electrónico)

_____ Correo Electrónico *dirección de email preferido:* _____

YO ENTIENDO QUE ESTE PERMISO NO SE VENCE HASTA QUE YO LO RESCINDO POR ESCRITO.

Firma del Paciente/Guardian

Fecha

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento