

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Complete la información y envíe el formulario completo por correo electrónico a patient.documents@retinacentertx.com o envíelo por fax al (817) 865-6790.

No hay garantía de que su compañía de seguros pagará por todos los servicios prestados. Todos los servicios médicos no cubiertos por el plan de seguro de un individuo son responsabilidad del paciente y el pago total se debe en el momento de la visita. Si no hemos recibido el pago dentro de 60 días se le notificará a usted y los saldos pendientes de pago se convertirá en su responsabilidad, y vamos a esperar el pago en su totalidad en ese momento.

Es responsabilidad del paciente pagar cualquier deducible o cualquier parte de los cargos como se especifica en el plan en el momento de la visita. Es responsabilidad del paciente para asegurarse de que cualquier referencia necesaria para el tratamiento se obtienen antes de la visita o el paciente puede ser responsable financieramente debido a la falta de la remisión al momento del servicio. Estamos encantados de ayudarle con preguntas sobre seguros de cómo se presentó un reclamo, sin embargo, la cobertura de temas específicos, sólo puede ser dirigida por la compañía de miembros de los servicios del departamento de seguros (es el número en la tarjeta del seguro).

Nuestra práctica está convencido de que un buen médico / paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Preguntas sobre los arreglos financieros se pueden dirigir a la oficina del médico en cualquier momento. Por favor, no dude en contactar con nosotros. Estamos aquí para ayudarle!

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Compañía de Seguros Primaria _____ | | |
| Teléfono _____ | # Grupo _____ | Suscriptor ID # _____ |
| Copago por visita _____ | Visita Copago Especialista _____ | Deducible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <i>Si es diferente a la del paciente:</i> Nombre del suscriptor _____ | | |
| Fecha de Nacimiento _____ | Número de Seguro Social _____ | Relación _____ |
| Compañía de Seguros Secundaria _____ | | |
| Teléfono _____ | # Grupo _____ | Suscriptor ID # _____ |
| Copago por visita _____ | Visita Copago Especialista _____ | Deducible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <i>Si es diferente a la del paciente:</i> Nombre del suscriptor _____ | | |
| Fecha de Nacimiento _____ | Número de Seguro Social _____ | Relación _____ |

Asignación de Beneficios / Autorización para divulgar información:

Por el presente autorizo Retina del Centro de Texas a dar cualquier información concerniente a mi cuidado a efectos de reclamaciones federales, estado, ciudad, pueblo o agencias gubernamentales, el partido de los pagadores de tercera parte de todas las categorías, los médicos y hospitales.

Por el presente autorizo Retina del Centro de Texas, los beneficios del hospital de grupo o los beneficios del seguro, incluyendo Medicare, especificados en este documento y de otro modo pagadero a mí, pero que no exceda los cargos regulares para este período de admisión. Entiendo que soy financieramente responsable de Retina del Centro de Texas de cargos no cubiertos por esta autorización.

Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

Firma del paciente (o representante autorizado o tutor)

Fecha

Complete la información y envíe el formulario completo por correo electrónico a patient.documents@retinacentertx.com o envíelo por fax al (817) 865-6790.

OJO DE MEDICAMENTOS ACTUALES:

LISTA DE NOMBRE DE MEDICAMENTOS / DOSIS

Si necesita espacio adicional, por favor continúe al reverso. You may also provide a separate list. Usted también puede proporcionar una lista por separado.

CURSO DE OTROS MEDICAMENTOS:

LISTA DE NOMBRE DE MEDICAMENTOS / DOSIS

ALERGIAS:

OJO DE CONDICIONES / OJO Cirugías previas:

Por favor marque el siguiente.

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la córnea | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Iritis/Uveitis | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | |

CONDICIONES MÉDICAS / Cirugías previas:

Por favor marque el siguiente.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas del seno |
| <input type="checkbox"/> Alta Colestero | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Artritis | Otro: _____ |

HISTORIA FAMILIAR:

Por favor marque el siguiente.

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | |

Historia Social:

Marque su respuesta

- | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|--|-------|
| ¿Bebe alcohol? | No | Sí | (En caso afirmativo, ¿cuántas veces?) | _____ |
| ¿Fuma usted? | No | Sí | (En caso afirmativo, ¿cuántas veces?) | _____ |
| ¿Usa drogas de la calle? | No | Sí | (En caso afirmativo, por favor explique) | _____ |
| Si eres de conducir hoy mismo? | No | Sí | | _____ |

Farmacia Preferida: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Altura: _____ Peso: _____

Nombre: _____ **Fecha:** _____

MRN: _____

PACIENTE CUESTIONARIO DE HISTORIAL

Complete la información y envíe el formulario completo por correo electrónico a patient.documents@retinacentertx.com o envíelo por fax al (817) 865-6790.

| | | |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| REVISIÓN DE SISTEMAS: | Si usted está teniendo algún problema en las siguientes áreas POR FAVOR MARQUE LA ZONA Y EXPLICAR. | |
| CONSTITUCIONAL: | Fatiga, fiebre, sudores nocturnos, debilidad, aumento de peso, pérdida de peso, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| CARDIOVASCULAR: | Arritmia, dolor en la pantorrilla, la presión en el pecho o malestar, latidos cardíacos irregulares / palpitaciones, hinchazón en las piernas, taquicardia, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| METABÓLICO / ENDOCRINO: | La intolerancia al frío, intolerancia al calor, sed excesiva, comer en exceso, exceso de orina, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| TEGUMENTARIO: | Distribución anormal del cabello, piel seca, urticaria, picazón, cambios en las uñas, erupción, cambios en la piel, lesión de la piel, nódulos en la piel, llagas en la piel, úlceras, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| HEENT: | Exoftalmos, pérdida de la audición, ronquera, abultamiento en el cuello, congestión nasal, sinusitis, dolor de garganta, tinnitus, vértigo, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| GASTROINTESTINALES: | Dolor abdominal, heces de color negro alquitranado, estreñimiento, disminución del apetito, diarrea, disfagia, intolerancia a los alimentos, acidez estomacal, aumento del apetito, ictericia, náuseas, vómitos, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| NEUROLÓGICAS: | Balance de disturbios, mareos, debilidad de coordinación, dolor de cabeza, dificultad para la memoria, adormecimiento de las extremidades, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| MUSCULOESQUELÉTICOS: | Dolor en las articulaciones, dolor de espalda, fracturas, trastornos de la marcha, rigidez en las articulaciones, las articulaciones, calambres musculares hinchazón, debilidad muscular, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| RESPIRATORIO: | Asma, tos, dificultad para respirar (disnea), hemoptisis, sibilancias, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| GENITOURINARIO: | Dolor al orinar, lesiones genitales, sangre en la orina, menstruación irregular, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| PSIQUIÁTRICA: | Estado de ánimo depresivo, cambios emocionales, euforia, pesadillas frecuentes, alucinaciones, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, estrés, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| HEMATOLÓGICAS / LINFÁTICO: | Sangrado, moretones, las enfermedades de los ganglios linfáticos, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |
| INMUNOLÓGICO: | Alergias ambientales, alergias a los alimentos, las alergias estacionales, otros: | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sí | | |

Nombre: _____

Fecha: _____

MRN: _____

PRIVACIDAD DE HIPAA DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PARA EL USO Y / O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA TRATAMIENTO,
PAGO, OPERACIONES DE ATENCIÓN DE SALUD, Y CONFORME LO PERMITA LA LEY.

Retina del Centro de Texas (en lo sucesivo como "ECA") mantendrá un registro de la atención y los servicios que usted recibe en ECA. Este consentimiento sólo cubre su información de salud protegida creada mientras que usted es un paciente de la ECA. Su información protegida de salud se refiere a su diagnóstico y / o tratamiento en la ECA, incluyendo pero no limitado a la información relativa a las enfermedades mentales (con excepción de las notas de psicoterapia), uso de alcohol o drogas o las enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), resultados de las pruebas de laboratorio, historia clínica, el progreso del tratamiento o cualquier otra información relacionada con tales.

Al firmar este formulario, usted autoriza la utilización de ECA y / o divulgación de información médica confidencial acerca de usted para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y conforme lo permita la ley. Nuestro *Aviso de Prácticas de Información Protegida de la Salud* proporciona información sobre cómo ECA y sus médicos pueden usar y / o revelar información médica confidencial acerca de usted para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y conforme lo permita la ley.

Al firmar este formulario, también reconoce que que haya recibido una copia de la Notificación de ECA de Prácticas de Información Protegida de la Salud y la oportunidad de revisarlo antes de firmar este consentimiento.

Firma del paciente (o representante autorizado o tutor)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del Testigo

Fecha

HIPAA Autorización: Autorizo a la siguiente persona (s) para discutir la atención médica y de facturación / información de seguro con el Centro de Retina del personal de Texas en el mío:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

PACIENTE DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Reconociendo la necesidad de los pacientes a entender lo que se espera con respecto al pago de los servicios médicos, hemos establecido nuestra política financiera. Algunos de estos elementos son requeridos por la ley. Nuestro objetivo es seguir siendo sensible a las necesidades del paciente nuestro tiempo que proporciona atención médica de calidad, y le animamos a contactar con nuestra oficina si se produce algún problema con respecto a su cuenta.

1. **Todos los co-pagos y co-seguros exigidos por la compañía de seguros deberá ser abonado en el momento se prestan los servicios.** Aceptamos respecto, el control, y Visa, MasterCard, Discover y American Express las tarjetas. Hay un cargo por servicio \$ 15.00 por cada cheque devuelto. Después de recibir un cheque devuelto, Retina del Centro de Texas sólo aceptará caso, giro postal o tarjeta de crédito.
2. **Es paciente la responsabilidad de ser conscientes de los beneficios del contrato de su compañía de seguros o de cualquier co-pago o la obligación deducible.** Si su seguro requiere referencias para todos los beneficios a pagar, es su responsabilidad verificar que las referencias están en lugar antes de su visita.
3. **Nuestras instalaciones van a presentar dos demandas de seguro secundaria y primaria de los servicios médicos prestados.** Reclamaciones por contratos de seguros de terceros que no se presentaron menos que sea requerido por nuestro contrato con la compañía. No puede presentar sus reclamaciones correctamente sin una información precisa de ti. Prueba de seguro deben ser presentados en cada visita.
4. **Si usted no tiene seguro,** el pago total se espera que en el momento de servicio a menos que los arreglos financieros han sido acordados con antelación con nuestro departamento de facturación. Como alternativa, aceptamos CareCredit y puede ayudar con el proceso de solicitud.
5. **Usted recibirá una declaración de nuestra oficina dentro de los 45 días de seguro de la respuesta de su empresa.** Si no está satisfecho con su pago, por favor, contacte con su compañía de seguros. El pago del paciente la porción del saldo se debe a la recepción de la declaración.
6. **Somos proveedores participantes de Medicare.** Esto significa que debemos aceptar admitidos Cargo de Medicare por los servicios prestados. Medicare pagará el 80% del monto aprobado. El paciente es responsable por el 20% restante, además de los fuera de su bolsillo deducible. Nos va a cancelar la diferencia entre lo que cobramos y lo que Medicare aprueba. Si usted tiene un seguro secundario, vamos a presentar la reclamación por el saldo restante después de que Medicare ha pagado. Por favor, recuerde que a pesar de que acepta la asignación de Medicare, el paciente, por la ley federal, es responsable de cualquier parte del monto aprobado no pagados por Medicare o una compañía de seguros secundaria.
7. **La responsabilidad de pago por los servicios prestados a los niños / hijos de padres divorciados o separados** recae en el padre que busca tratamiento. Cualquier tribunal ordenó sentencia debe estar entre los individuos involucrados, sin incluir nuestras instalaciones.
8. **En el caso improbable de que su pago sea devuelto a nosotros no remunerado,** podemos optar por volver a presentar su pago, ya sea electrónicamente o por el proyecto de trabajo, a su institución financiera hasta dos veces más. También podemos recoger una carga de proceso de vuelta por el mismo medio, en una cantidad que no exceder de la permitida por la ley estatal.

Es nuestra esperanza que usted encuentre útil esta información. Si tiene preguntas, por favor hable con nuestro personal de facturación al (817) 865-6800.

Firma del paciente (o representante autorizado o tutor)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del Testigo

Fecha

Complete la información y envíe el formulario completo por correo electrónico a patient.documents@retinacentertx.com o envíelo por fax al (817) 865-6790.