K. Randy Pierce, MD
Peter T. Wollan, MD
Eric Dai, MD

EYE PHYSICIANS OF AUSTIN
Advanced Eye Care

Haumith Khan-Farooqi, MD
Peter Ryg, MD
Jack Li, MD

Estimado paciente:

Gracias por elegir Eye Physicians of Austin para sus necesidades de atención oftalmológica. Esperamos conocerlo durante su próxima cita.

Para agilizar su proceso de registro, complete el formulario de información del paciente adjunto y tráigalo a su cita. Si su plan de seguro requiere una autorización o derivación para ser atendido, asegúrelo antes de su cita. Cobraremos el pago en el momento de su visita, así que traiga su método de pago preferido al consultorio.

Las citas anuales para el examen de la vista suelen durar 90 minutos y normalmente requieren dilatación de los ojos; traer sus gafas de sol puede ayudarlo a sentirse más cómodo.

Si está enfermo o ha estado expuesto al COVID-19, comuníquese con nuestro consultorio al (512) 583-2020 antes de su cita para analizar las opciones de reprogramación. No llegue antes de cinco minutos antes de su cita y traiga los siguientes elementos.

• Tarjetas de seguro y documento de identidad con fotografía.
• Si usa anteojos o lentes de contacto, tráigalos a su cita.
• Lista de medicamentos que está tomando actualmente.

Una vez más, ¡gracias por elegir Eye Physicians of Austin! Si tiene alguna pregunta antes de su cita, llame a nuestro amable personal o comuníquese con nosotros a través del enlace CONTACTO en nuestro sitio web en epaustin.com.

Atentamente,

Eye Physicians of Austin, P.A.

EYE PHYSICIANS OF AUSTIN
Advanced Eye Care

Formulario de Información del Paciente

Nombre del Paciente:_____
(Inicial) (Appellido)

Género: M__ F__ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero del Seguro Social #: _____

Direccion: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Posal)

Telefono Particular: (_____) _____ Permitido dejar mensages/textos? SI ☐ NO ☐

Direccion de Correo Electronico:_____
***Entiendo que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación y que la salud personal y la información enviada por correo electrónico puede no ser privada. Ocasionalmente, Eye Physicians of Austin pueden enviar anuncios promocionales y información vía correo electrónico.*

Contacto Primario Preferido: Telefono ☐ Mensage de Texto ☐ Correo Electronico ☐

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado

Raza: ☐ Afroamericano ☐ Indioamericano ☐ Asiatico ☐ Nativo de Hawai/Isleno del Pacifico
☐ Blanco ☐ Otro

Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No es Hispano/Latino ☐ Otro

Idioma Principal: _____ **Necesita un Interprete?** SI ☐ NO ☐

Persona en caso de Emergencia: _____ **Relacion:** _____

Number de Telefono persona de Emergencia: (____) _____

Médico de atención primaria del paciente: _____ **Telefono:** (_____) _____

Médico de referencia del paciente: _____ **Telefono:** (_____) _____

Nombre del Seguro: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ **Relacion con el Suscriptor:** _____

Persona Responsable: _____ **Telefono:** (_____) _____
(si es otra persona que no sea yo)

_____ _____
Firma del paciente/padre/tutor legal **Fecha**

EYE PHYSICIANS OF AUSTIN
Advanced Eye Care

Poliza Financiera

A menos que otros arreglos se han hecho previamente por usted o su compañía de seguro de salud, el pago total se debe en el momento del servicio.

Acuerdo de Responsabilidad Financiera - presente autorizo esta oficina para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Entiendo completamente que mi seguro es un acuerdo entre el proveedor de seguros y yo, no entre el proveedor de seguros y esta oficina médica. Por lo tanto, solicito el pago de mi compañía de seguros se hará a **los médicos de Eye Physicians of Austin**. También entiendo y acepto que a pesar de mi condición de seguro, yo soy el responsable ultimadamente del balance de mi cuenta y por los servicios médicos prestados. Yo entiendo que durante mi tratamiento que puede ser facturado por un proveedor de terceros, tales como un laboratorio, por los servicios prestados a los médicos de Eye Physicians of Austin.
Cuando usamos la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos, los fondos pueden ser retirados de su cuenta tan pronto como el mismo día de realizar su pago, y no recibirán su cheque de vuelta de su banco.

Servicios no cubiertos En el caso de que su plan de salud determina que un servicio sea "**no cubiertas**" usted será responsable de la carga completa. El pago se efectuará a la recepción de una declaración de nuestra oficina. Si no está de acuerdo con la determinación de su compañía de seguros, debe ponerse en contacto con su compañía de seguros. La mayoría de los planes de seguros médicos, incluyendo **Medicare**, no cubren el servicio de refracción. La **refracción es una medida** de la potencia necesaria para prescribir lentes o cambiar sus anteojos y / o lentes correctivas. Refracciones también se pueden realizar con fines de diagnóstico. Si el examen incluye la refracción y si usted esta conciente de que su plan medico no cubre la refracción, puede hacer un “pago puntual” por la cantidad de $60 ademas de su copago el dia de servicio y no enviaremos el cobro a su plan medico. Si usted decide no pagar la refracción el dia de servicio, enviariamos el cobro normal por la cantidad de $75 a su plan medico y lo que no cubra su plan medico sera responsabilidad de el paciente.

HMO planes de seguro y algunos otros seguros requieren un número oficial de referencia / autorización o formulario. Si la autorización no ha sido recibido por nuestra oficina al momento del servicio, se le pedirá que firme una renuncia de Referencia que indica que será financieramente responsable al momento del servicio.
Pacientes Menor - Para los servicios prestados a pacientes menores de edad, se espera que el adulto que acompaña al menor para resolver los cargos por servicios. Modalidades de pago deben hacerse con anticipación para los menores no acompañados.

Recetas para anteojos y lentes contactos- Si se prescriben anteojos y lentes contactos, usted da su consentimiento para recibir su prescripción electrónicamente (a través de nuestro portal). Para pacientes una copia física estará disponible en la oficina si se solicita.

Aviso de Prácticas de Privacidad, TCPA y Documentación Asistida por IA — Tomamos medidas apropiadas para proteger la información médica y personal que se nos proporciona. Según lo requerido por HIPAA, mantenemos la privacidad de su información médica, proporcionamos aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y cumplimos con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad vigente, el cual está publicado en nuestra sala de espera y disponible a través de su portal para pacientes. Usted tiene derecho a restringir la divulgación de su información médica protegida a su plan de salud si la divulgación es para fines de pago y el servicio fue pagado de su bolsillo y en su totalidad. Al firmar, usted acepta que podemos comunicarnos con usted a los números de teléfono proporcionados, incluso dejando mensajes en su correo de voz/contestadora. Podemos usar tecnología segura asistida por IA para documentar las visitas médicas; toda la documentación es revisada y aprobada por su proveedor de atención médica, y usted puede optar por no participar en cualquier momento.
Reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Eye Physicians of Austin y acepto la política financiera.

_____

Pacientes Imprimir Nombre

_____ _____

Firma del paciente (o persona autorizada para firmar Por el paciente) **Fecha**