

K. Randy Pierce, MD
Peter T. Wollan, MD
Haumith Khan-Farooqi, MD



Mark A. Plunkett, MD
Eric Dai, MD
Peter Ryg, MD

Estimado Paciente:

Por favor complete el formulario de registro adjunto y tráigalo con usted a su cita programada en nuestra oficina. No envíe por correo ni por fax este formulario a nuestra oficina antes de su visita.

Examinaremos a cada visitante que venga a nuestras instalaciones a su llegada. Por favor, planee llegar no más de cinco minutos antes de la hora de su cita y venga con una mascarilla. Durante este tiempo, es posible que se le pida que cambie su cita si no está usando una cubierta facial. Espere la admisión al edificio por parte de nuestro personal mientras que completamos las evaluaciones. Hemos permitido mucho tiempo en nuestros horarios para completar las proyecciones de cada visitante. Pedimos que solo un acompañante acompañe al paciente a su cita si es necesario y que solo los niños programados para una cita visiten nuestro edificio.

Debe traer su tarjeta de seguro o tarjetas a su visita al consultorio.

Si su plan de seguro tiene un copago por visita al consultorio o no cubre refracciones, espere pagarlas al momento del servicio.

Si tiene un plan de seguro como un HMO que requiere un número de referencia, verifique con nuestra oficina que se haya recibido el número de referencia antes de su visita.

Si usa anteojos o lentes de contacto, asegúrese de llevarlos con usted para su visita al consultorio.

Traiga una lista de los medicamentos que esté tomando.

Espere estar en nuestra oficina aproximadamente 90 minutos para un examen ocular completo.

Gracias por su cooperación; esperamos poder servirle.

Sinceramente,

Eye Physicians of Austin, P.A.

Información del Paciente

Nombre del paciente _____
 (Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____ (Apellido) _____

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Número Social #: _____

Dirección: _____
 (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código Postal) _____

Responsable del pago: _____ Telefono: (____) _____

Telefono de contacto: Circular una Método de contacto

Casa: (____) _____ Podemos dejar mensaje? SI NO

Cel: (____) _____ Podemos dejar mensaje? SI NO

Trabajo: (____) _____ Podemos dejar mensaje? SI NO

E-mail : _____

*Entiendo que mi correo electronico no es un método seguro de comunicación y que mi información médica enviada por correo electronico no es privada. Eye Physicians ocasionalmente mandará promociones por correo electronico.

Estado Civil del paciente: Soltero Casado Viudo Divorciado

Raza: Africano/Americano Indio Americano Asiático Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico
 Blanco Otro

Ethnicity: Hispano/Latino Not Hispano/Latino Otro

Lenguaje Primario: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Telefono de

Emergencia: Cel: (____) _____ Casa (____) _____ Trabajo (____) _____

Doctor primario del paciente: _____ Telefono: (____) _____

Médico de Referencia: _____ Telefono: (____) _____

Suscriptor Principal de Seguro: _____ El paciente es el suscriptor principal

Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el suscriptor: _____

Firma del Paciente / Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

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 está conciente de que su plan medico no cubre la refracción, puede hacer un "pago puntual" por la cantidad de \$52 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, enviaremos el cobro normal por la cantidad de \$65 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 Privacidad - Nuestro objetivo es tomar las medidas adecuadas para tratar de salvaguardar la información personal médica o de otro que se proporciona a nosotros. La Regla de Privacidad bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) nos obliga a: (i) mantener la privacidad de la información médica proporcionada a nosotros; (ii) dar aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad; y (iii) cumplir con los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor. Hay copias de nuestras prácticas de privacidad en la recepción, y está disponible para usted en su portal de paciente. Usted tiene derecho a restringir la información médica personal a su plan de salud si la divulgación es para el pago y pertenece a un servicio que usted ha pagado de su bolsillo y en su totalidad. Al firmar esto, usted acepta que nos pongamos en contacto con usted en los números de teléfono que nos ha indicado, incluso dejando un mensaje en su buzón de voz / contestador automático.

Reconozco el recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Eye Physicians of Austin y la aceptación de la póliza financiera.

Pacientes Imprimir Nombre

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

Fecha