

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Tel.de su Hogar: _____ Tel. de su Trabajo: _____ No. de su Cel.: _____

Correo Electrónico: _____ No. de Seguro Social: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado Civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Raza: ☐ Afro-americano ☐ Pacífico Asiático ☐ Caucásico ☐ Hispano ☐ Americano Nativo ☐ Otro: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Domicilio del Empleador: _____

Nombre Contacto para Emergencia: _____ # Teléfono: _____

Nombre del Médico de Atención Primaria Domicilio # Telefono: _____

Fecha del Último Examen Ocular Nombre del Oculista Anterior _____

RAZON DE LA CONSULTA DE HOY

☐ Evaluación de Catarata ☐ Examen Ocular de Rutina ☐ Cirugía para reducir dependencia de anteojos/lentes contacto

☐ Otra: _____

Por favor cuéntenos de cualquier problemas de los ojos ha tenido usted o su familia y indique quien en su familia

☐ Diabetes _____

☐ Glaucoma _____

☐ Degeneración Macular _____

¿QUIÉN LE RECOMENDO NUESTRO CENTRO?

Amigo/Familiar/Conocido, Nombre: _____

¿Fue referido por un médico? Nombre: _____ Especialidad _____

Domicilio Ciudad, Estado, CP # Teléfono

☐ TV, Canal _____ ☐ Radio, Estación _____ ☐ Revista _____ ☐ Internet ☐ Periodico _____

Otro: _____

POR FAVOR CONTINÚE Y COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

Atención Pacientes:

El pago se realiza al momento de la atención.

Forma de pago: ☐Efv ☐Cheque ☐Tarjeta de Crédito: MC/Visa/AMEX/Discover ☐Care Credit

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE – ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y DE MEDICARE:

Solicito que el pago de Medicare, Medigap o cualquier otro seguro médico autorizado sea realizado en mi nombre al Key-Whitman Eye Center, Key-Whitman Surgery Center o Key-Whitman Optical Center por cualquier servicio que me preste cualquier médico del grupo. Autorizo a cualquier persona que tenga información sobre mí a brindarla a los Centros de Medicare y Medicaid Services (CMS) y otros aseguradores y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. En los casos asignados a Medicare, o contratos asegurados, el proveedor acuerda aceptar el pago determinado de la empresa aseguradora o seguro de Medicare. Yo soy responsable para el deducible, coaseguro o si la aseguranza no paga. Yo soy responsable para todos servicios no cubiertos como, pero no limitado a, el cobro de refracción y el cobro del fotografía de retina OPTOS electivo. Comprendo que soy responsable de mi factura en caso de que Medicare o mi aseguradora se nieguen a pagar. Autorizo la revelación de mis registros médicos a mi médico primario u otros médicos asociados con la continuidad de mi atención.

Mi firma a continuación verifica que no me he asociado a un HMO ni a ninguna otra entidad donde mis beneficios asegurados designados (Medicare o tarjeta de Seguro) han sido cedidos.

Yo autorizo a Key-Whitman Eye Center, Key-Whitman Surgery Center y a Key-Whitman Optical Center, sus asignados y agentes de tercer partido para que utilice toda la información de contacto que he proporcionado para poder comunicarse conmigo. Esto incluye, pero no esta limitado a, teléfono de residencia, teléfono celular, y teléfono de empleo. Por lo presente autorizo y consiento a Key-Whitman Eye Center, Key-Whitman Surgery Center y a Key-Whitman Optical Center, sus asignados y agentes de tercer partido, para realizar llamadas a mi teléfono de residencia, teléfono celular, teléfono de empleo; dejar mensajes (sean de voz o texto); y utilizar mensajes de voz pregrabados/ artificiales y / o dispositivos de marcación automática en conexión con cualquier comunicación a mí. Además, entiendo que algunos procedimientos/servicios realizados por el médico(s) no serán cubiertos por mi plan de seguro. Si los servicios no están cubiertos, entiendo y estoy de acuerdo en ser financieramente responsable del pago de dichos servicios.

Tuve la oportunidad de leer la "Notificación de Privacidad de Información del Paciente" del Centro Oftalmológico Key-Whitman y el Centro Quirúrgico Key-Whitman.

Firma _____ Fecha _____

Nota en relación a los reclamos:

Se pueden presentar quejas acerca de medicos, asi tambien como de otras personas autorizadas y registrados por las Junta de Examinadores Medios del Estado de Texas (Texas State Board of Medical Examiners), incluyendo a ayudantes y acupuntaristas, para su investigacion, en las siguiente direccion:

Texas State Board of Medical Examiners

Attn: Investigations

1812 Centre Creek Dr., Suite 300

P.O. Box 149134

Austin, TX 78714-9134

El Programa de Protección al Consumidor de TDI ayuda a los consumidores que tienen preguntas y problemas relacionados con seguros. Se puede contactar al programa de manera gratuita al (800) 252-3439. Además, el sitio web de TDI ofrece gran cantidad de información, incluido un listado completo de agencias autorizadas, agencias y aseguradoras, y registros de medidas disciplinarias y de cumplimiento llevadas a cabo por TDI como regulador de la industria de seguros.

Los consumidores que tengan preguntas y/o quejas sobre sus propios reclamos de seguros, agentes y/o compañías aseguradoras deben llamar a la línea de protección al consumidor de TDI y pueden presentar quejas ante TDI. TDI puede investigar inquietudes individuales y responder preguntas. También alentamos a los consumidores a presentar quejas ante la Oficina del Procurador General, pero tenga en cuenta que esta agencia no puede asesorarlo sobre su situación específica ni explicarle cómo funciona la ley. Tenemos prohibido brindar estos servicios a particulares por ley.

La Oficina del Asesor Público de Seguros (Office of Public Insurance Counsel, OPIC) representa los intereses de los consumidores de Texas en asuntos tales como tarifas y reglas de seguros. La ley le exige a OPIC que represente a todos los consumidores como grupo. Las quejas individuales que sugieran un patrón de prácticas generalizado, o que indiquen que un gran número de consumidores se ve afectado, pueden conducir a acciones de parte de la agencia. Por lo tanto, tal vez los consumidores deseen quejarse también ante la OPIC.

Se Puede obtener ayuda para presentar una queja llamando al 1-800-201-9353.

NOMBRE _____ RAZA _____ FECHA _____
FECHA DE NACIM. _____ EDAD _____ ALTURA _____ PESO _____ lbs. según el paciente SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino

HISTORIA CLÍNICA:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Anemia | ☐ Problemas ORL | ☐ Otros Problemas Psiquiátricos |
| ☐ Ansiedad | ☐ Problemas Gastrointestinales | ☐ Marcapasos |
| ☐ Artritis | ☐ Glaucoma | ☐ Palpitaciones |
| ☐ Asma | ☐ Problemas Ginecológicos | ☐ Problemas de Próstata |
| ☐ Problemas de Espalda/Cuello | ☐ HIV | ☐ Síndrome de Piernas Inquietas |
| ☐ Trastorno hemorrágico | ☐ Dificultades Auditivas | ☐ Problemas de Retina |
| ☐ Bronquitis | ☐ Ataque Cardíaco | ☐ Convulsiones |
| ☐ Cáncer | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Problemas en los Senos Nasales |
| ☐ Dolor de pecho | ☐ Soplo Cardíaco | ☐ Apnea de Sueño |
| ☐ Insuficiencia Cardíaca Congestiva | ☐ Tipo de Hepatitis | ☐ Accidente Cerebro-Vascular |
| ☐ EPOC | ☐ Alta Presión Sanguínea | ☐ Problemas de Tiroides |
| ☐ Depresión | ☐ Colesterol Alto | ☐ Úlceras |
| ☐ Diabetes | ☐ Problemas Renales/de Vejiga/Urinarios | ☐ Algún otro problema: _____ |
| ☐ Enfisema | ☐ Enfermedad Hepática | |

HISTORIA QUIRÚRGICA: (enumerar todas las cirugías que recuerde)

¿Complicaciones con anestesia? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuál fue la complicación? _____

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDADES OCULARES:

- | | |
|---|--------------|
| ☐ Degeneración Macular | Quién: _____ |
| ☐ Glaucoma | Quién: _____ |
| ☐ Diabetes | Quién: _____ |

ALERGIA A MEDICAMENTOS: ☐ Ninguna ☐ Alergia al látex ☐ Alergia a Sulfamidas ☐ Cinta adhesiva

☐ Alergia a medicamentos _____

NOMBRE DE LA FARMACIA _____ Ubicación _____ Teléfono _____

MEDICAMENTOS: (Lo medicamentos pueden enumerarse en el formulario de la lista actual del paciente.

Nombre de la Droga	Dosis	Veces por día

Si necesita agregar más medicamentos, por favor agréguelos del otro lado de este formulario.

HISTORIA SOCIAL:

- | | | |
|----------------|---|--|
| ¿Bebe alcohol? | ☐ Sí ☐ No | ¿Tragos por semana? _____ |
| ¿Fuma? | ☐ Sí ☐ No | PPD _____ Años _____ |
| ¿Fumaba? | ☐ Sí ☐ No | ¿Cuándo abandonó? _____ PPD _____ Años _____ |

POLÍTICA ACERCA DE NO PRESENTACIÓN / CANCELACIÓN

Key-Whitman exige que se notifique con 24 horas de anticipación a su cita programada en el consultorio en caso de que necesite cancelar o reprogramar. Si notifica con menos de 24 horas de anticipación, se le cobrará un cargo de USD 50. En el caso de las cirugías ambulatorias programadas en el centro quirúrgico se le cobrará un cargo de USD 100 y para los procedimientos oculoplásticos cosméticos programados en el centro quirúrgico, un cargo de USD 500 por no presentación / cancelación.

COPAGOS / COSEGURO / DEDUCIBLES

Todos los saldos, copagos, coseguro y deducibles actuales son pagaderos y se cobrarán en el momento en que se preste el servicio. Todo monto cobrado en el momento del servicio se considera una ESTIMACIÓN solamente y se considerará como un pago parcial hasta que su compañía de seguros procese la reclamación y tome una determinación final sobre sus beneficios. Además de copagos, coseguro y deducibles, podremos cobrar un cargo por refracción en el momento de su examen detallado por separado en nuestra política sobre refracción.

Por favor, tenga en cuenta que durante su tratamiento, podrá ser necesario que el médico realice pruebas o procedimientos menores. En la mayoría de los casos, no es posible determinar los beneficios del seguro exactos para estos procedimientos hasta que la compañía de seguros recibe la reclamación. Todo monto cobrado para pruebas o procedimientos quirúrgicos en el consultorio se considerará un pago parcial ESTIMADO hasta que su compañía de seguros pueda procesar su reclamación. Cabe la posibilidad de que reciba un estado de cuenta que indique que adeuda un saldo adicional respecto de lo estimado originalmente en su cita. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros y es su responsabilidad saber y entender su cobertura. **Nuestros médicos no están al tanto de los costos adicionales en los que podría incurrir durante su tratamiento y no le informan los costos adicionales en el momento del servicio.** Si tiene preguntas o dudas acerca de los costos de un procedimiento, por favor notifique al médico antes de que se lleve a cabo el procedimiento.

SEGURO DE SALUD MÉDICO VS. PLANES DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

El monto ESTIMADO que se cobrará en el momento del servicio será determinado de acuerdo con el propósito de su visita y del tipo de cobertura del seguro a la que se facture. Los **Planes Oftalmológicos solamente son aceptados en nuestros centros con Ópticas y NO CUBREN pruebas ni condiciones médicas; los Planes Oftalmológicos, por lo general, cubren exámenes solamente para gafas y lentes de contacto.** Por favor, refiérase al formulario de la política separado por información más detallada o notifique a un recepcionista. (Aplicable solo para aquellos centros que aceptan planes oftalmológicos.)

DERIVACIONES DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Si cuenta con un plan HMO, de remplazo de Medicare o similar que requiere una derivación, necesitará una derivación de su médico de atención primaria antes de que le atiendan. Los especialistas no pueden solicitar en su nombre derivaciones a su médico de atención primaria. Es su responsabilidad saber si su plan de seguro exige una derivación y obtenerla antes de que le atiendan. Si usted llega a su cita sin una derivación, le reprogramarán la cita o usted será responsable por el total de la factura dado que su aseguradora denegará los servicios realizados por Key-Whitman sin una derivación.

CARGO POR CHEQUE DEVUELTO

Si su cheque es devuelto por cualquier motivo, se le sumará un cargo de USD 35 a su saldo.

Firma _____ Fecha _____



Nombre: _____

Fecha: _____

Salud Proveedor Formulario

Doctor de Cabecera, Internista, o Doctor Familiar

Nombre	Teléfono
Grupo o asociación	Fax o dirección mensajería directa
Dirección	Condición bajo dirección

Endocrinólogo

Nombre	Teléfono
Grupo o asociación	Numero de Fax o dirección mensajería directa
Dirección	Condición medicas en tratamiento

Reumatólogo

Nombre	Teléfono
Grupo o asociación	Numero de Fax o dirección mensajería directa
Dirección	Condición medicas en tratamiento

Otro Doctor

Nombre	Teléfono
Grupo o asociación	Numero de Fax o dirección mensajería directa
Dirección	Condición medicas en tratamiento

Refiriéndose Doctor

Nombre	Teléfono
Grupo o asociación	Numero de Fax o dirección mensajería directa
Dirección	Condición medicas en tratamiento

Autorización Para la Divulgación de Información del Paciente

La regla de privacidad de HIPAA da al individuo el derecho de solicitar una restricción sobre las notas y divulgación de su información de salud protegida (PHT por su sigla en inglés). El individuo tiene también derecho de solicitar comunicaciones confidenciales, o que se comuniquen con él en formas alternativas.

Deseo que me contacten de la siguiente forma: (elijan todo lo que corresponda)

_____ Por el teléfono de mi casa, mi número es: _____

_____ Pueden dejarme un mensaje con información detallada.

_____ NO pueden dejarme un mensaje con información detallada.

_____ Pueden contactarme a mi trabajo, mi número es: _____

_____ Pueden dejarme un mensaje con información detallada en mi trabajo.

_____ No pueden dejarme un mensaje con información detallada en mi trabajo.

_____ Pueden dejarme un teléfono para que yo regrese el llamado solamente en el número de mi trabajo.

Yo los autorizo a discutir mi historia clínica y a revelar cualquier información médica a los siguientes individuos: (complete todo lo que corresponda)

_____ Mi cónyuge, cuyo nombre es: _____ teléfono _____

_____ Mi padre/madre, cuyo nombre es: _____ teléfono _____

_____ Nadie aparte de mí mismo

_____ Ingrese cualquier otro nombre que usted desee: _____

Firma del Paciente: _____

Nombre Escrito (Aclaración): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del tutor legal/persona que lo cuida: _____



INFORMACIÓN SOBRE REFRACCIONES Y RAZONES POR LAS QUE GENERALMENTE NO SON CUBIERTAS POR LOS SEGUROS

Los programas de seguros federales como Medicare y Medicaid, e incluso los contratos de seguro privados cubren la mayoría de los exámenes oculares médicos y quirúrgicos, pero normalmente no cubren el servicio ocular llamado “refracción”.

¿Qué es Refracción?

La refracción es un procedimiento de prueba que mide cuánto error óptico (enfoque) tiene un ojo. Ciertas mediciones oculares se toman usando una variedad de instrumentos. Basados en dichas mediciones, una serie de lentes de prueba se coloca delante de sus ojos, y se le pide a usted que compare una lente con la otra para determinar cuál combinación de lentes le ofrece una mejor visión. Esto determina su grado de visión.

¿Cuándo el Seguro NO Paga por una Refracción?

La mayoría de los seguros médicos no fueron diseñados para pagar procedimientos rutinarios que no son de emergencia. Por eso, Medicare, Medicaid, HMOs, y la mayoría de las políticas privadas no cubren la refracción. Casi todos los pagadores de beneficios consideran que la refracción es solamente para obtener una prescripción para mejorar la visión, como un procedimiento de rutina y no lo reintegran.

¿Cuándo un Seguro Privado SÍ Paga por una Refracción?

La mayoría de los seguros pagan los exámenes médicos. Si usted tiene un problema ocular repentino o alguna condición ocular quirúrgica o médica de riesgo, la refracción se realizará como parte de su evaluación ocular, y es necesaria en esta instancia para saber cuál es la mayor capacidad visual de sus ojos en el momento del examen. Esa “mejor visión” se torna la línea de base para controlar los cambios que puedan ocurrir mientras se trata su ojo. Es una parte necesaria del examen tanto para fines médicos como legales. En este caso, es posible que la refracción pueda ser cubierta por su seguro. Sin embargo, Medicare no la cubre bajo ninguna circunstancia.

¿Quién Hizo Esta Distinción para la Cobertura de Seguro?

Es nuestro gobierno (en caso de Medicare y Medicaid) o su propia compañía de seguro quien determina exactamente qué servicios clínicos son cubiertos por sus políticas, y no su médico en particular. Por eso, si tiene preguntas o dudas en relación a su cobertura, deberá presentarlas a su compañía de seguros.

¿Cuál es nuestra política?

Nos dedicamos a brindar a nuestros pacientes la mejor atención ocular quirúrgica y médica de la región. Es por esto que la refracción se realizará cuando sea médicamente necesaria (normalmente esto incluye a todos los pacientes nuevos, los que presentan una visión reducida y en forma anual a partir de ahí). Aparte, realizamos refracciones durante cualquier consulta cuando usted así lo solicite. No obstante, tenga en cuenta que la mayoría de las veces este servicio no será cubierto, y usted será responsable del mismo. Valoramos su comprensión al respecto.

Los honorarios que cobramos por la refracción son de \$59.00, y se cobran en el momento que usted hace la consulta, además de cualquier copago o montos deducibles de la parte médica de su examen.

Me han informado, he leído lo anterior y comprendo la política relacionada con refracciones.

Firma _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____