



PATIENT INFORMATION				
NOMBRE			CONTACTO DE EMERGENCIA / RELACION CON EL PACIENTE	
DIRECCION			NUMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	FARMACIA PREFERIDA	
TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO		MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	
CORREO ELECTRONICO			OPTALMOLOGO/OPTOMETRISTA	

HISTORIAL MEDICO - FAVOR DE LISTAR QUALQUIER CONDICION MEDICA	
1	5
2	6
3	7
4	8

HISTORIAL DE OJO - FAVOR DE LISTAR QUALQUIER CONDICION DEL OJO	
1	3
2	4

CIRUGIAS PREVIAS Y EL ANO QUE SE REALIZARON (INCLUYENDO OPERACIONES DE LA VISTA)			
1	ANO	4	ANO
2	ANO	5	ANO
3	ANO	6	ANO

MEDICAMENTO ACTUALES - INCLUIR GOTAS DE OJOS	
1	5
2	6
3	7
4	8



Meadows Eye **FORMA DE REGISTRO DE PACIENTE**

Physicians & Surgeons

USTED FUMA?	ERES ALERICO AL LATEX?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, DEJE DE FUMAR EN EL _____ (ANO) <input type="checkbox"/> NO, NUNCA HE FUMADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PRESENTA ALERGIAS HACIA ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO?	EXISTEN PROBLEMAS DE SALUD EN LA FAMILIA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FAVOR DE INDICAR:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FAVOR DE INDICAR:
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

INFORMACION FINANCIERA	
SEGURO PRIMARIO	NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO PRIMARIO
NOBBRE DEL ASEGURADO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
SEGURO SECUNDARIO:	NÚMERO DE POLÍTICA DE SEGURO SECUNDARIO
NOMBRE DEL ASEGURADO (SI NO ES DE PACIENTE)	RELACIÓN CON EL PACIENTE
OCUPACIÓN / EMPLEADOR	SSN (SI SE PAGA POR SI MISMO O SE REQUIERE PARA EL SEGURO)

GARANTÍA FINANCIERA
Meadows Eye hará un esfuerzo de buena fe para facturar a los seguros primarios y secundarios mencionados anteriormente por los servicios prestados, sin embargo, esto no es una garantía de que las compañías de seguros harán el pago por los servicios prestados. Al firmar a continuación, usted acepta la responsabilidad financiera total por los servicios prestados.

INFORMACIÓN SOBRE LAS GOTAS DILATADAS
Las gotas de dilatación se usarán para dilatar o agrandar las pupilas del ojo para permitir que el oftalmólogo tenga una mejor visión del interior de su ojo. Las gotas de dilatación con frecuencia nublan la visión por un período de tiempo que varía de persona a persona y hace que las luces brillantes sean molestas. No es posible para su oftalmólogo predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, lo mejor es que haga los arreglos necesarios para que usted no maneje. La reacción adversa, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede desencadenarse a partir de las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata. Mi firma a continuación también autoriza a Meadows Eye y a cualquier cuidador designado a administrar gotas para la dilatación de los ojos. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
He tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de Meadows Eye disponible en forma impresa y en línea en www.meadowseye.com/new-patient-forms/

AUTORIZACIÓN DE FIRMA	
FIRMA:	FECHA
NOMBRE IMPRESO:	HORA

POLÍTICA FINANCIERA

El objetivo de este documento es para informar a nuestros pacientes sobre nuestras políticas y procedimientos financieros. Somos conscientes de que la complejidad de los seguros médicos hace que sea difícil saber cuándo tendrás que pagar algo de tu bolsillo. Para los pacientes con planes tradicionales de Medicare o Medicaid, estas respuestas son sencillas, fáciles de obtener y confiables. Para los pacientes con seguros comerciales o planes de reemplazo de Medicare, las respuestas pueden ser complicadas, difíciles de obtener y sujetas a la interpretación de la compañía de seguros sobre el tratamiento que brindamos. En términos generales, los seguros pagarán un servicio si es un beneficio cubierto, proporcionado por un médico de la red y el paciente ha cumplido con su responsabilidad de copago/deducible/coseguro aplicable.

En nuestra práctica, los servicios no cubiertos se aplican con mayor frecuencia a personas que desean una cirugía de cataratas premium (implantación de lentes multifocales, etc.). Las compañías de seguros tratan estos servicios como electivos y no cubiertos porque si el paciente estuviera dispuesto a usar anteojos, serían innecesarios. Ocasionalmente, algunos pacientes tienen una cobertura de seguro médico muy limitada que solo paga la visita al consultorio, pero no las imágenes, los laboratorios, los medicamentos o los tratamientos. En estos casos, sí se cuestiona la cuestión de los servicios no cubiertos. La segunda razón por la que los seguros pueden no pagar los servicios es si su plan considera que el servicio es “responsabilidad del paciente”. Los seguros utilizan muchos términos para esto, incluyendo copagos, deducibles y coseguros. A menudo las personas no son conscientes de los verdaderos límites de su seguro. El número más importante que debe conocer sobre su seguro es el máximo de bolsillo. Una vez que haya alcanzado su desembolso máximo para el año del plan, el seguro pagará todos los servicios cubiertos. Algunos seguros requieren que usted reciba una autorización previa para que un servicio esté cubierto; sin embargo, esto no significa que el seguro pagará el servicio si se considera dentro de una categoría de responsabilidad del paciente.

NO LLAMA / NO SE PRESENTA

En un esfuerzo por brindar un tratamiento efectivo y eficiente a todos nuestros pacientes, es política de esta oficina que todas las cancelaciones de citas se realicen al menos 24 horas antes de la hora programada.

Si una cita no se cancela o el paciente no se presenta a la cita, Meadows Eye se reserva el derecho de cobrarle al paciente una tarifa de \$25 por ocurrencia. Como esta tarifa no se puede facturar a ninguna compañía de seguros, el paciente acepta la responsabilidad total de pagar esta tarifa.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, hable con nosotros antes de firmar.

He leído y acepto la política financiera descrita anteriormente.

AUTORIZACIÓN DE FIRMA

NOMBRE IMPRESO: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____ TIEMPO: _____



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

SOLICITUD DE RECEPCIÓN DE REGISTROS

Yo	fecha de nacimiento	autorizar
<p>para publicar todos los registros médicos y pruebas previas (HVF, OCT, photos,etc.) que afectan el tratamiento continuo de la enfermedad ocular a:</p>		
		<p>Meadows Eye 2749 Sunridge Heights Pkwy Henderson, NV 89052 (702) 358-0472 phone (702) 425-9955 fax info@meadowseye.com</p>
<p>Autorizo el uso o divulgación de mi información de salud individualmente identificable como se describió anteriormente para el propósito</p> <p>Listado. Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Puedo revocar esa autorización en cualquier tiempo a la vez, esta revocación debe hacerse por escrito y no afectará a la información que ya se ha utilizado o</p> <p>Divulgó. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Estoy firmando esta autorización voluntariamente y tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización. Yo, además, entiendo que una persona a la que se divulgan registros e información de conformidad con esta autorización no puede utilizar o divulgar la información médica a menos que se obtenga otra autorización de mí o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.</p>		

SOLICITUD DE RECEPCIÓN DE REGISTROS

Yo	fecha de nacimiento	Por la presente autorizar Meadows Eye a lanzar
<p>todos los registros para:</p>		
	<p>nombre</p> <p>dirección,</p> <p>Ciudad, Estado, Zip</p> <p>Teléfono/Fax</p>	
<p>Autorizo el uso o divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describió anteriormente para el propósito enumerado. Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Puedo revocar esa autorización en cualquier momento, ya que esta revocación debe hacerse por escrito y no afectará a la información que ya se ha utilizado o divulgado. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización. Entiendo además que una persona a la que se divulguen registros e información de conformidad con esta autorización no puede seguir utilizando o divulgando la información médica a menos que se obtenga otra autorización de mí o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.</p>		

AUTORIZACIÓN DE FIRMA

FIRMA:	FECHA:
NOMBRE IMPRESO:	HORA:



**Formulario de divulgación de información médica
(formulario de divulgación de HIPAA)**

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____

Entiendo que Meadows Eye mantiene mis registros personales, historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas como parte de mi atención médica. Esta información no se debe dar a ninguna otra persona sin mi permiso. Por lo tanto, este es un consentimiento por escrito para autorizar la divulgación de mi información médica.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, registros, resultados de laboratorio, medicamentos recetados, plan de tratamiento, examen realizado y reclamos información. Esta información puede ser divulgada a

Esposo _____

niños _____

Otro _____

La información **NO** debe ser divulgada a nadie.

Marque si está bien dejar información de salud detallada en el correo de voz

Marque si está bien enviar registros por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

Fecha