

Información del Paciente

Nombre: _____ Ocupación: _____
Género Masculino Femenino Fecha: _____
Dirección: _____ Teléfono de Casa/Cell: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Email: _____
Raza: _____ Etnicidad: _____ Lenguaje Preferido: _____ Fecha de Último Examen Visual: _____
Guardián o Tutor (Si aplica): _____ Fecha de Último Examen Médico: _____
Nombre de Doctor de Cabecera : _____

Seguro de Vista

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____
Nombre del empleador: _____ Proveedor de seguro: _____
No. de miembro del asegurado: _____ No. de grupo del asegurado: _____

Seguro Médico Primario

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Parentesco: _____
Nombre del empleador: _____ Proveedor de seguro: _____
No. de miembro del asegurado: _____ No. de grupo del asegurado: _____

Aviso y confirmación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)
Confirmación: Confirmando que he recibido y leído este Aviso sobre prácticas de privacidad. Sí No

Consentimiento de Tratamiento Médico

Los doctores de Nationwide Vision están autorizados para efectuar tanto exámenes de rutina para los ojos, como exámenes médicos. Queda usted informado que si el día de hoy se le efectúa un examen de rutina para los ojos y que conforme a lo siguiente: historial familiar, enfermedades y/o problemas médicos actuales, dolencia principal, resultados a consecuencia de exámenes preliminares o condición diagnosticada durante el transcurso de los exámenes, el doctor pudiera aconsejar efectuar un examen médico aparte de un examen de rutina, así como otros exámenes adicionales. El doctor le informará a usted durante el transcurso del examen si se determina que necesita un examen médico. En el caso de que usted necesite un examen médico, queda usted informado que no tiene cobertura médica bajo el examen de rutina para los ojos por parte de su póliza de seguro para la vista. Los exámenes médicos son facturados por medio de su seguro médico principal y están sujetos a los co-pagos, deducibles y co-seguro los cuales deberán ser liquidados al efectuarse el servicio. En caso de que yo no este de acuerdo a que el doctor efectúe los exámenes médicos, yo entiendo que es mi responsabilidad informar al doctor inmediatamente para que este me envíe con el médico o especialista apropiado.

Portal de el Paciente

Para su información Nationwide Vision ha implementado un portal para los pacientes. El Portal de el Paciente es un sitio seguro en el web que le permite a usted usar su computadora para comunicarse con una persona que lo puede ayudar y contestar sus preguntas por medio de mensajes seguros y privados. Usted como paciente o como representante autorizado de el paciente recibirá un correo electrónico avisándole que una cuenta será creada en el portal y recibirá otro correo electrónico de bienvenida al Portal de el Paciente.

Contrato Financiero

Por medio de la presente, autorizo a cualquier persona o institución que preste sus servicios a proporcionar toda la información con respecto a este reclamo. Autorizo el pago de mis beneficios de cobertura de la vista a Nationwide Vision. Autorizo a Nationwide Vision depositar los cheques/pagos que yo reciba en mi cuenta por los servicios proporcionados. **Estoy de acuerdo que si mi empleador, póliza de seguro o compañía de seguros niega el pago total o parcial de mi reclamo, yo seré la persona responsable a pagar cualquier cuenta pendiente.** En caso de que sea necesario enviar mi cuenta a una agencia de cobro por incumplimiento de pago por los servicios proporcionados a mi o a mi familia, yo/nosotros estamos de acuerdo a pagar los intereses de 1.5% por mes/18% por año, aparte de los cargos de la agencia de cobro. Y en el caso de que se presentara una demanda legal, estoy/estamos de acuerdo a pagar los honorarios de abogado, cuotas administrativas y otros gastos que el juzgado determine. He leído las "condiciones del servicio", y como el paciente o el representante autorizado de el/la paciente o el/la agente general para el propósito de firmar este documento, acepto sus términos. **La autorización obtenida al efectuarse el servicio no garantiza el pago y cualquier servicio que la compañía de seguros se niegue a pagar será cobrado al paciente.**

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

He revisado my forma de informacion de paciente y no hay cambios.

Inicial Fecha Inicial Fecha Inicial Fecha Inicial Fecha Inicial Fecha Inicial Fecha

CONDICIONES DE SERVICIO DE NATIONWIDE VISION

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: Por la presente doy mi consentimiento a cualquier procedimiento de rutina, tratamiento médico o servicios efectuados por esta institución bajo las instrucciones generales y especiales por parte del Optometrista que me atiende.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Por la presente doy mi consentimiento a cualquier procedimiento de rutina, tratamiento médico o servicios del centro prestados al paciente bajo instrucciones generales y especiales del optometrista / oftalmólogo que lo atiende.

LANZAMIENTO DE INFORMACIÓN: sujeto a regulaciones estatales y federales, visión nacional, Richard Marrote OD y asociados PA, y Mark Peller OD y asociados PC y / o proveedor pueden divulgar todo o parte del registro del paciente para este servicio a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable bajo un contrato a optometrista / oftalmólogo, oa un miembro de la familia o empleador del paciente por la totalidad o parte de los cargos del proveedor, incluidas, entre otras, compañías hospitalarias o de servicios médicos, compañías de seguros, compañía de compensación laboral, fondos de asistencia social y todos los auditores autorizados como se especifica en las pautas de la compañía de seguros y profesionales de referencia.

Autorizo la visión nacional, Richard Marrote OD y Asociados PA, o Mark Peller OD y asociados PC para divulgar a la compañía de seguros información concerniente a cualquier procedimiento realizado durante esta visita al consultorio / tratamiento y la diagnosis final, así como la información contenida en esta forma.

LANZAMIENTO DE INFORMACIÓN DE LA CUENTA: Entiendo a cualquier persona mencionada en la autorización para divulgar el formulario de información de salud, el formulario de información del paciente y cualquier persona que se pueda suponer razonablemente que estará autorizada a recuperar toda la información relativa a esta cuenta. Esto puede incluir, entre otros, información médica relacionada con cualquier persona mencionada en la cuenta, así como información financiera y transacciones. **Además, si hay individuo (s) que no deseo que tengan autorización para acceder a la información, notificaré al Centro de Cumplimiento de HIPAA de la instalación en escrito Nationwide Vision 220 N. McKemy Ave. Chandler, AZ 85226 Attn: HIPAA Compliance Officer.**

ACUERDO DE CHEQUE: Por la presente accedo a pagar un cargo por servicio de \$ 25,000 por cada cheque u otro instrumento ofrecido por mí, pero devolví Nationwide Vision, Richard Marrote OD y asociados Pa, o Mark Peller OD y asesias PC. Además, acepto pagar todos los costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados incurridos en la recaudación de dicho cheque devuelto, giro o giro postal.

AUTORIZACION DE PAGO Y REMESAS DE PAGO: Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago bajo los títulos XVII y XIX de la ley de seguridad social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí, divulgada a la administración de la seguridad social, a sus intermediarios o a cualquier información necesaria para procesar cualquier reclamo sobre este o cualquier otro servicio relacionado.

Certifico que la información provista por mí para todos los demás seguros de la vista o médicos es correcta y autorizo la divulgación a cualquier intermediario o proveedor de la información necesaria para procesar cualquier reclamo sobre este o cualquier otro servicio relacionado.

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre a National Vision, Richard Marrote OD y ayude a PA o Mark Peller OD y PC asociados por sus cargos y por cualquier cargo de optometristas / oftalmólogos para quienes la instalación esté autorizada a facturar en conexión con sus servicios

RECIBO Y RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Por la presente declaro que he leído y entiendo la política de prácticas privadas de la instalación.