



Comunicación de Seguros y Pagos al Paciente

Como proveedores de atención oftalmológica, estamos obligados por ley a seguir las pautas adecuadas de codificación y facturación para los exámenes oculares. En la mayoría de los casos, su seguro médico no pagará un examen ocular de rutina ni cargos por refracción, y su plan de visión no pagará afecciones médicas u otros problemas oculares. Hay dos tipos de seguros que acepta nuestra práctica.

Seguro de la vista: Un examen ocular de rutina incluye una evaluación y prescripción para tratar las siguientes afecciones de la vista: miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia. Todas las demás causas de la disminución de la visión, así como otros problemas y quejas, pueden ser facturadas médicamente después de discutirlos con el médico y pueden resultar en tarifas diferentes. Su plan de visión también puede tener un beneficio para anteojos y/o lentes de contacto.

Seguro médico: Puede cubrir una visita al consultorio si el médico diagnostica una afección ocular médica O si tiene alguna afección de salud sistémica que pueda causar complicaciones oculares (por ejemplo: glaucoma, cataratas, infecciones oculares, ojo seco, lesiones oculares, diabetes, etc.). Un diagnóstico médico a menudo requiere pruebas diagnósticas adicionales que se codifican y facturan médicamente. Los exámenes facturados médicamente no están cubiertos por los beneficios de su examen de la vista de rutina ni por el plan de seguro de la vista. Si existe un problema médico, su examen se facturará médicamente a través de su compañía de seguro médico y está sujeto a sus copagos, deducibles y coseguros específicos que vencerán en el momento del servicio.

Presentación de reclamaciones: Por la presente autorizo a cualquier persona / institución que preste atención a proporcionar todos los hechos relacionados con esta reclamación. Autorizo el pago de mis beneficios de la vista para que vaya directamente a **Nationwide Vision**. Les autorizo a depositar los cheques recibidos en mi cuenta a mi nombre por los servicios prestados. Acepto que si mi empleador, compañía de seguros o patrocinador del plan niega el pago de la totalidad o parte de mi reclamo, seré financieramente responsable de todos los cargos pendientes. Como Paciente, o el representante autorizado del Paciente o el Agente General con el fin de firmar este documento, por la presente acepto sus términos. La autorización obtenida en el momento del servicio no garantiza el pago y cualquier servicio denegado será facturado al paciente por **Nationwide Vision** y/o una agencia de cobro externa.

Las siguientes circunstancias requieren que **el pago total** deba realizarse en el momento del servicio:

- No tiene seguro.
- Usted solicita que no presentemos una reclamación de seguro en su nombre.
- No podemos verificar los beneficios de su seguro para su cita hoy.
- Usted no es elegible para los servicios en el momento de su cita.
- Usted opta por servicios o materiales que no están cubiertos por su seguro.
- Sus elecciones de servicio o materiales están por encima de los límites de cobertura que debe pagar su seguro.
- Si los materiales de anteojos hechos a medida se abandonan y el paciente no los reclama dentro de los 379 días posteriores a la realización del pedido, los pagos de bolsillo pagados por el paciente no son reembolsables y no se emitirá ningún crédito por estos pagos de bolsillo.

Nombre Impreso del Paciente

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre Impreso del Tutor

Firma del Guardián

Fecha de hoy



Consentimiento de HIPAA para la Divulgación de Información Médica Protegida

Mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es información sobre mí, incluida información como mi nombre y dirección/o información médica, incluida la que se recopiló de mí y fue creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, mi empleador o un centro de intercambio de información de atención médica. La información se usó o creó cuando recibí atención de la vista o cuando se recibió el pago por mi atención de la vista. La información puede incluir mi visión, atención médica o condición pasada, presente o futura. Entiendo que si las personas u organizaciones a las que autorizo a recibir y/o usar la información de salud protegida descrita anteriormente no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información de salud, pueden divulgar aún más la información de salud protegida y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de la información de salud. Entiendo que mi autorización para el uso y la divulgación de mi "información médica protegida" no es una condición para mi elegibilidad para los beneficios o el pago de mis reclamaciones.

A Entiendo que el uso y/o la divulgación de mi PHI por parte de **Nationwide Vision** es para diagnosticar, proporcionar, solicitar o hacer arreglos para brindarme servicios de atención médica, recetarme medicamentos, obtener el pago de mis facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica por **Nationwide Vision**. Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto a cómo se usa o divulga mi PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de la práctica. _____ (iniciales)

B Entiendo y se me ha informado que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de **Nationwide Vision** antes de firmar este documento. El Aviso de Práctica de Privacidad está disponible a pedido en cualquier oficina de **Nationwide Vision**. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de uso y divulgaciones de mi PHI que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en la realización de operaciones de atención médica de **Nationwide Vision**. El Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de **Nationwide Vision** con respecto a mi PHI. _____ (iniciales)

C Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a recibir información de salud privada (PHI, por sus siglas en inglés) relacionada con mi tratamiento de atención que no sea yo o cualquier médico involucrado en mi atención:

1. _____
Nombre Fecha de Nacimiento Relación (con el paciente) Dirección
2. _____
Nombre Fecha de Nacimiento Relación (con el paciente) Dirección
3. _____
Nombre Fecha de Nacimiento Relación (con el paciente) Dirección

Información a divulgar: (elija todas las que correspondan)

- Información sobre Beneficios, Políticas y Procedimientos
- Información de Reclamo/Pago
- Tabla de examen - Información del proveedor
- Otro: _____

Propósito de la divulgación: (elija todas las que correspondan)

- Proporcionar información a familiares o amigos
- Requerido para asuntos legales
- Otro: _____
- Otro: _____

Derecho de revocación: Tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando mi revocación por escrito a medicalrecords@eyecare-partners.com. Si se revoca, cualquier acción ya tomada en función de esta autorización no se puede revertir, y la revocación no afectará esas acciones. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada antes de que **Nationwide Vision** reciba la notificación de la revocación.

Nombre impreso del Paciente Firma del Paciente (mayor de 18 años) Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre en letra de Imprenta del Padre/Tutor Firma del Padre/Tutor Fecha de hoy

Esta autorización caducará 1 año a partir de la fecha de firma anterior



Comunicación Electrónica - Restricciones de Registros - Consentimiento para Menores

Comunicaciones electrónicas:

1

Acepto y autorizo a **Nationwide Vision** (incluidas entidades, afiliados o personas que trabajan para o en nombre de **Nationwide Vision**) a entregar o hacer que se entreguen llamadas, mensajes de texto y / o correos electrónicos utilizando un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada al (los) número (s) y / o dirección (s) de correo electrónico que he proporcionado para programar una cita, recordarme que tengo que hacer una cita, recordarme una próxima cita, ponerse en contacto conmigo para informarme de que mis gafas o lentes de contacto están listos, ponerse en contacto conmigo con respecto a los pagos pendientes o las facturas adeudadas, ponerse en contacto conmigo sobre mi cuenta y/o proporcionarme mensajes que contengan anuncios o telemarketing. Entiendo que mi proveedor de telefonía o un tercero puede cobrarme por dichas comunicaciones y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar dicha autorización como condición para comprar cualquier propiedad, bienes o servicios de **Nationwide Vision**.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

2

Restricción legal de la información médica privada:

Si hay alguien, como un padre, que tiene restringido recibir información de PHI relacionada con un paciente que es menor de edad, se debe proporcionar una copia de la documentación legal para respaldar la restricción de los registros a **Nationwide Vision**.

Por favor, ponga sus iniciales en el que corresponda.

Inicial: _____ Sin restricción para acceder a los registros de menores

Inicial: _____ Acceso restringido a los registros de menores

**Entiendo que esta solicitud requiere una copia de la documentación legal para respaldar la restricción de los registros. _____ (iniciales)

3

Consentimiento para un menor de edad:

Entiendo que el uso y/o la divulgación de la PHI de mi hijo por **Nationwide Vision** es para diagnosticar, proporcionar, solicitar o hacer arreglos para brindarles servicios de atención médica, recetarles medicamentos, obtener el pago de sus facturas de atención médica o realizar operaciones de atención médica con **Nationwide Vision**. Entiendo que tengo derecho a solicitar una restricción en cuanto a cómo se usa o divulga su PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de la práctica. Por la presente, doy mi consentimiento a **Nationwide Vision** y a cualquier profesional de la salud calificado que trabaje para **Nationwide Vision** o esté contratado en nombre de **Nationwide Vision**, para usar, divulgar y distribuir la PHI de mi hijo según lo considere necesario **Nationwide Vision**.

_____ (iniciales)

Derecho de revocación: Tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando mi revocación por escrito a medicalrecords@eyecare-partners.com. Si se revoca, cualquier acción ya tomada en función de esta autorización no se puede revertir, y la revocación no afectará esas acciones. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada antes de que **Nationwide Vision** reciba la notificación de la revocación.

Nombre Impreso del Paciente

Firma del Paciente (mayor de 18 años)

Fecha de Nacimiento del Paciente

Nombre en letra de Imprenta del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha de hoy



Designación de Agente / Poder Notarial

Designación del Agente:

- Nombre Completo de los Agentes: _____
- Fecha de Nacimiento de los Agentes: ____ / ____ / ____
- Agentes Relación con el Paciente: _____
- Dirección de los Agentes: _____
- Agentes Ciudad, Estado y Código Postal: _____
- Número de Teléfono de los Agentes: _____
- Dirección de Correo Electrónico de los Agentes: _____

Documentación Legal (Para validar este formulario, se deben presentar documentos legales a un asociado de **NWV**):

- Tipo de documento legal (por ejemplo, poder notarial, poder de atención médica): _____
- Nombre del abogado (si corresponde): _____
- Número de teléfono del abogado: _____
- Autorización: Yo, _____ (nombre del paciente), autorizo a _____ (nombre del agente) a tomar decisiones en mi nombre con respecto a mi atención médica y tratamiento médico. Entiendo que esta designación permanecerá en vigor hasta que proporcione una notificación por escrito de la revocación.

Información de los Testigos:

Nosotros, los abajo firmantes, declaramos que el paciente ha firmado este documento en nuestra presencia y que creemos que el paciente está en su sano juicio y no está bajo coacción, fraude o influencia indebida.

Nombre Impreso del Testigo #1	Firma del Testigo #1	Fecha
_____	_____	_____
Nombre Impreso del Testigo #2	Firma del Testigo #2	Fecha
_____	_____	_____

Notario Público (si es requerido en su estado)

- Estado de _____ Condado de _____
- En este _____ (día) de _____ (mes) en _____ (año).
- Ante mí, el Notario Público abajo firmante, compareció personalmente _____ (nombre del paciente), conocido por mí o comprobado satisfactoriamente que es la persona cuyo nombre está suscrito en el instrumento adjunto, y reconoció que ejecutó el mismo para los fines allí contenidos.

Nombre en letra de imprenta Notario Público	Firma del Notario Público	La Comisión Notarial Caduca
---	---------------------------	-----------------------------

Nombre Impreso del Paciente	Firma del Paciente (mayor de 18 años)	Fecha de Nacimiento del Paciente
Nombre en letra de imprenta del padre/tutor/agente	Firma del Padre/Tutor/Agente	Fecha de hoy

Derecho de revocación: Tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando mi revocación por escrito a medicalrecords@eyecare-partners.com. Si se revoca, cualquier acción ya tomada en función de esta autorización no se puede revertir, y la revocación no afectará esas acciones. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada antes de que **Nationwide Vision** reciba la notificación de la revocación.

