

Bienvenidos

al *Victoria Eye Center*. Nos alegra mucho que nos haya elegido para cuidar de sus necesidades de atención visual!

Información del paciente

Fecha de hoy: _____

Apellidos: _____ Nombre _____

Teléfono de casa: () _____ Celular: () _____ Trabajo: () _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ CP: _____

Hombre Mujer Estado civil: Casado(a) Soltero (a) Divorciado (a) Viudo (a)

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

Información sobre la familia

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Si es Menor

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación: _____

Otra información

Médico remitente: _____ Teléfono _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Información sobre el seguro

Asegurado principal: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro primario: _____ # ID: _____

Seguro secundario: _____ # ID: _____

Pacientes con y sin Medicare: Al firmar a continuación, usted acepta que es **RESPONSABLE FINANCIERAMENTE** de cualquier saldo adeudado debido al copago o al coseguro, al deducible, a los servicios no cubiertos, a la remisión/autorización no obtenida antes de la visita, al médico no incluido en el plan de seguro o a la información incorrecta del seguro.

Firma

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN AL SEGURO:

Por la presente autorizo al Victoria Eye Center y/o al Victoria Surgery Center a divulgar la información adquirida durante el chequeo o tratamiento según sea necesario para que puedan recibir el pago de mi compañía de seguros.

CESIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO/MEDIGAP:

Por la presente, cedo al Victoria Eye Center y/o al Victoria Surgery Center todos los beneficios médicos/quirúrgicos a los que tengo derecho en relación con los servicios prestados, pero sin exceder mi deuda. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los gastos.

POLÍTICA DE FINANZAS/SEGUROS: Lea atentamente el texto a continuación

Somos proveedores participantes de Medicare. Como proveedor participante, acordamos aceptar la cantidad permitida por Medicare para los pacientes que tienen Medicare como su seguro principal. Una vez alcanzado el deducible anual, Medicare paga el 80% de la cantidad permitida y usted es responsable del 20% restante. Si tiene otro seguro que cubre el 20%, asegúrese de proporcionar una copia de su tarjeta en la recepción. Nosotros presentaremos el 20% a esa compañía por usted.

Medicare y algunos seguros comerciales/PPO no consideran que un examen de la vista de rutina o una refracción ocular sean médicamente necesarios y no cubren estos servicios. La refracción ocular es necesaria para prescribir anteojos y lentes de contacto, pero también ayuda a determinar y evaluar la salud ocular del ojo o la necesidad de procedimientos quirúrgicos. **Se espera que usted pague por estos servicios, así como cualquier saldo adeudado derivado de los deducibles aplicables, coseguros, copagos, otros servicios no cubiertos, falta de autorización antes de la consulta, médicos que no forman parte del plan de seguro, o información incorrecta del seguro.**

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARSE CON FAMILIARES U OTRAS PARTES

Si desea que cualquier información sea comentada con OTRA persona que no sea usted, deberá indicar sus nombres a continuación. Sin esta autorización, Victoria Eye Center / Victoria Surgery Center no puede comentar y no comentará ninguna información con nadie más que con USTED.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono _____

Información que se puede comentar: Médica: Todos Otros (Si marca otros, consulte al personal de recepción)
 Facturación: Todos Otro
 Cita: Todos Otros

El propósito de esta autorización es:

- A petición del paciente/representante del paciente
- Otros (indique el motivo)

Esta autorización es válida por _____ días / meses / años. Si no se indica ninguna fecha, esta autorización es válida durante un año.

Usted tiene derecho a revocar o modificar esta autorización en cualquier momento; dicho cambio sólo se aplicará a la información que aún no haya sido divulgada. Si desea revocar o cambiar esta autorización, debe presentarla por escrito a Victoria Eye Center/Victoria Surgery Center. Usted entiende que no es obligatorio firmar este formulario para recibir tratamiento de Victoria Eye Center/Victoria Surgery Center.

 (Firma del paciente o de su representante) (Fecha de hoy)

Relación del representante con el paciente: _____