

SOUTH TEXAS EYE CONSULTANTS, P.L.L.C.

Estamos encantados de que haya elegido para sus necesidades de cuidado de los ojos.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Fecha: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

MATRIMONIO: C S D V NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NÚMERO DE LICENCIA: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

EL CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

RAZA: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____

MÉDICO DE FAMILIA: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____

TOMADOR DE LA POLÍZA DE SEGURO: (si no el paciente): _____

RELACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ASIGNACIÓN DE SEGURO: Yo abajo firmante certifico que yo (o mi dependiente) tiene seguro con _____ y asigna directamente a South Texas Eye Consultants todos los beneficios del seguro, si los hubiere, pagaderas a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagado o no pagado por mi seguro. Por la presente autorizo al médico para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos seguros.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE/TRICARE Y LOS PACIENTES SOLICITAN PAGO EN ARCHIVO:

Solicitar dicho pago de beneficios de Medicare/Tricare autorizados hacer a mí o a mi nombre a South Texas Eye Consultants para los servicios a mí por que médico. Autorizo a cualquier titular de la información médica acerca de mí para liberar a los Centros de Servicios de Medicare Tricare y Medicaid. Servicios y a sus agentes cualquier información necesaria para pagar la reclamación. Si "otro seguro de salud" es indicado en el punto 9 del la CMS-1500 forma, o en otro lugar en otro aprobado reclamar formas o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autorizada la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia que se muestra. En Medicare/Tricare asigna los casos, los médicos o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga de Medicare/Tricare portador de la carga completa y el paciente es responsable de sólo el deducible, coaseguro y los servicios no cubiertos.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Paciente Política Financiera

Estamos dedicados en brindar la mejor atención posible y el servicio a usted. Con el fin de reducir la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, su comprensión completa de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su cuidado y tratamiento. Nuestro personal está disponible en cada oficina para explicar nuestras políticas.

Su Seguro

- Es la política de la oficina a cobrar copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio.
- En el caso de que su salud plan determina un servicio a "no", usted será responsable de la carga completa. El pago es debido a la recepción de una declaración de nuestra oficina.
- Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheque Personal, Visa, MasterCard, Discover, American Express y Care Credit.
- Hay una cuota de cheque devuelto \$30.00 para los cheques no pagados por su institución financiera.

Pacientes menores

- Para todos los servicios prestados a los pacientes menores, esperamos que el padre o tutor para el pago.

Servicio médico vs visión

- Planes de seguro de distinguen entre "Médicos" y "Visión". Más planes de seguro médicos no paga por servicios de la "Visión". Planes de visión no paga por problemas de "Salud". Si usted tiene un problema de ojo médico podemos presentar una reclamación con su plan de seguro médico. Si usted simplemente necesita un examen ocular para vasos, generalmente es un servicio de "Visión".
- Aceptamos Davis Vision, Eye Med Vision, Superior Vision, Block Vision y Humana Visión.

Refracción

- Muchos seguros de Medicare no cubren refracción. Algunos planes de seguro consideran refracción un servicio de "Visión" y no un servicio "Médico". Refracción es un procedimiento que se realiza para determinar la necesidad de anteojos o para evaluar si se logra una mejora visual. Esto no es sólo una parte necesaria y esencial de su examen de la vista, es en muchos casos, la única razón de su nombramiento. Nuestro honorario para esta parte del examen es \$40.00, debido al tiempo de servicio.

Cargo y evaluación de lentes de contacto

- Las evaluaciones de lentes de contacto son un servicio especializado, no está incluido en un examen ocular estándar realizado por el oftalmólogo
- Pacientes que deseen ser evaluadas para lentes de contacto son responsables de un cargo adicional. Evaluaciones de mayor complejidad se cargan en una tarifa más alta porque se requieren más profunda personalización y evaluación.

Autorizaciones

- Participamos con muchos HMO y otros planes médicos de la atención médica administrada ofrecen actualmente en esta área. Si es necesaria una autorización de seguros por su plan, todos los pacientes nuevos deben proporcionar dicha autorización antes de la prestación. Si no tienes una autorización válida en el momento de su visita, será necesario pagar por servicios o reprogramar la cita.

Paciente Política Financiera

Apreciamos como nuestra paciente y queremos darle la mejor atención posible. Ayudar a manejar mejor sus beneficios médicos es otra forma de decir "**que nos importa**".

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y estoy de acuerdo en obligarse por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser modificados de tiempo en tiempo por la práctica.

Nombre del paciente

Firma del paciente o responsable si un menor de edad

Fecha

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

He revisado South Texas Eye Consultants aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo mi información médica se utilizarse y divulgarse. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del paciente o Representante Personal

Nombre de paciente y Personal Representante

Fecha

South Texas Eye Consultants P.L.L.C, cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

South Texas Eye Consultants, P.L.L.C.

Autorización de paciente limitada divulgación de información de salud protegida

Formulario debe ser firmado y fechado cada año.

Nombre del paciente: _____

Numero Social (últimos 4 dígitos): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Autorizo a South Texas Eye Consultants, P.L.L.C. a divulgar o proporcionar información de salud protegida sobre mí a los individuos enumerados abajo.

Que estará autorizado a recibir información (lista de la persona o entidad que va a recibir su PHI):

Nombre de la persona/entidad: _____

Número de teléfono: _____

Autorizo la práctica de divulgar la información protegida siguiente de la salud sobre mí a la entidad, persona, o las personas identificadas arriba:

- Registro completo del paciente; o, comprobar **solamente** los elementos del expediente a ser revelada:
- Notas de la oficina
- Hogar de ancianos, salud en el hogar, Hospicio y otros registros médicos
- Resultados de laboratorio, patología reporta
- Record de VIH y pruebas de enfermedades transmisibles
- Informe de historia financiera (anteriores 3 años).

Propósito de la divulgación (por favor, anote el propósito de la divulgación o consultar solicitud de paciente):

- Paciente solicite Otro (Sírvese especificar): _____

- Esta autorización vencerá en el final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anterior. Debe renovar o presentar una autorización de nuevo después de la fecha de vencimiento para continuar la autorización.

Por favor lista de la fecha de vencimiento si anterior al final del año: _____

- Usted tiene el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad. Terminación de esta autorización será efectiva mediante notificación por escrito, excepto donde una revelación ya se ha basado en la autorización.
- La práctica no pone ninguna condición a firmar esta autorización en la prestación de asistencia sanitaria o tratamiento.
- No tenemos control sobre la persona o personas que han listado para recibir su información de salud protegida. Por lo tanto, su información de salud protegida establecido en esta autorización no puede estar protegido por los requisitos de la regla de privacidad y ya no será responsabilidad de la práctica.

Firma de Paciente o Representante

Fecha

Usted tiene el derecho a recibir una copia de autorizaciones firmadas a petición.

South Texas Eye Consultants, PLLC
Información Médica

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Médico de Atención Primaria: _____

Médico Previo de Los Ojos: _____ Fecha del Ultimo Examen de Ojo: _____

I. Historia

¿Qué problemas tienes con tus ojos? _____
¿Ha tenido alguna cirugía de ojo? _____
¿Ha tenido alguna lesión del ojo? _____
¿Médicas alergias? _____

II. Medicamentos

Por favor enumere todas las gotas que toma actualmente:

Por favor indique cualquier medicamento prescrito que tome:

III. Historia de la familia

¿Usted o alguno de sus parientes de la sangre tiene/tenía el siguiente? (Por favor marque los que aplican)

Cataratas _____	Glaucoma _____	Ceguera _____
Degeneración macular _____	Diabetes _____	Hipertensión _____
Enfermedad de la tiroides _____	Cáncer _____	Artritis _____
Problemas de retinales _____	Otros _____	

IV. Historia social

	Si	No
¿Usted ahora o ha sido ahumado?	_____	_____
¿Actualmente consume alcohol o drogas?	_____	_____
¿Está embarazada actualmente?	_____	_____
¿Está bajo el cuidado de HOSPICIO?	_____	_____
¿Eres VIH positivo?	_____	_____

V. Revisión de los Sistemas

¿Tiene o tuvo cualquiera de las siguientes condiciones médicas? (Por favor marque los que aplican)

_____ Oídos, Nariz, Boca, Garganta	_____ Problemas de Riñón
_____ Cardiovasculares	_____ Artritis o problemas en los Huesos
_____ Problemas Respiratorios o Respiración	_____ Problemas de Convulsión/Neurológico
_____ Problemas de Estómago	_____ Alergias Crónicas

Cualquier información adicional _____

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

South Texas Eye Consultants, PLLC - Notice of Privacy Practices

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo con cuidado.

La información médica protegida (PHI) sobre usted se mantiene como un registro escrito y / o electrónico de sus contactos o visitas para servicios de atención médica con nuestra práctica. Específicamente, la PHI es información sobre usted, incluida información demográfica (es decir, nombre, dirección, teléfono, etc.) que puede identificarlo y se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y servicios de atención médica relacionados.

Nuestra práctica está legalmente obligada a mantener la confidencialidad de su PHI y a seguir reglas específicas al usar o divulgar esta información. Este Aviso describe sus derechos para acceder y controlar su PHI. También describe cómo seguimos las normas aplicables cuando usamos o divulgamos su PHI para brindarle tratamiento, obtener el pago por los servicios que recibe, administrar nuestras operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley.

Sus derechos bajo la regla de privacidad

La siguiente es una declaración de sus derechos, bajo la Regla de Privacidad, en referencia a su PHI. Por favor, siéntase libre de discutir cualquier pregunta con nuestro personal.

Tiene derecho a recibir, y estamos obligados a proporcionarle una copia de este Aviso de prácticas de privacidad -

Estamos obligados por ley a seguir los términos de este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos del Aviso y de hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso para toda la PHI que mantenemos. Le enviaremos una copia de nuestro Aviso actual si llama a nuestra oficina y solicita que le envíen una copia por correo o si solicita una en el momento de su próxima cita. El Aviso también se publicará en un lugar visible en la práctica, y si se mantiene, en el sitio web de la práctica.

Tiene derecho a autorizar otro uso y divulgación - Esto significa que solo usaremos o divulgaremos su PHI según se describe en este aviso, a menos que usted autorice otro uso o divulgación por escrito. Por ejemplo, necesitaríamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI con fines de marketing, para la mayoría de los usos o divulgaciones de notas de psicoterapia, o si quisiéramos vender su PHI. Puede revocar una autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor de atención médica, o nuestra práctica haya tomado una medida en dependencia del uso o la divulgación indicada en la autorización.

Tiene derecho a solicitar un medio alternativo de comunicación confidencial - Esto significa que tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos utilizando un método alternativo (es decir, correo electrónico, fax, teléfono) y / o a un destino (es decir, , número de teléfono celular, dirección alternativa, etc.) designado por usted. Debe informarnos por escrito, utilizando un formulario proporcionado por nuestra práctica, cómo desea que lo contactemos si no es la dirección o el número de teléfono que tenemos archivados. Seguiremos todas las solicitudes razonables.

Tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI * - Esto significa que puede presentar una solicitud por escrito para inspeccionar u obtener una copia de su registro de salud completo, o para indicarnos que revelemos su PHI a un tercero. Si su registro de salud se mantiene en forma electrónica, también tendrá derecho a solicitar una copia en formato electrónico. Tenemos el derecho de cobrar una tarifa razonable, basada en el costo, por copias en papel o electrónicas según lo establecido por las pautas federales. Estamos obligados a brindarle acceso a sus registros dentro de los 30 días posteriores a su solicitud por escrito, a menos que sea necesaria una extensión. En tales casos, le notificaremos el motivo del retraso y la fecha prevista en que se cumplirá la solicitud.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su PHI * - Esto significa que puede solicitarnos, por escrito, que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si aceptamos la restricción solicitada, la cumpliremos, excepto en circunstancias de emergencia cuando la información sea necesaria para su tratamiento. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de restricción. Tendrá derecho a solicitar, por escrito, que limitemos la comunicación a su plan de salud con respecto a un tratamiento o servicio específico que usted, o alguien en su nombre, haya pagado en su totalidad, de su bolsillo. No se nos permite negar este tipo específico de restricción solicitada.

Tiene derecho a solicitar una modificación de su información médica protegida * - Esto significa que puede presentar una solicitud por escrito para modificar su PHI durante el tiempo que mantengamos esta información. En ciertos casos, podemos negar su solicitud.

Tiene el derecho de solicitar una rendición de cuentas de divulgación *- Puede enviar una solicitud por escrito para una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su PHI a entidades o personas ajenas a nuestra práctica, a excepción de las que realizan a su solicitud o con fines de tratamiento. No cobraremos una tarifa por la primera contabilidad proporcionada en un período de 12 meses.

Tiene derecho a recibir un aviso de violación de la privacidad - Tiene derecho a recibir una notificación por escrito si la práctica descubre una violación de su PHI no segura, y determina a través de una evaluación de riesgo que se requiere una notificación.

* Si tiene alguna pregunta, con respecto a sus derechos de privacidad, o si desea enviar cualquier tipo de solicitud por escrito que se describe anteriormente, no dude en ponerse en contacto con nuestro Gerente de Privacidad. La información de contacto se proporciona en la parte inferior de la página siguiente.

Cómo podemos usar o divulgar información médica protegida

Los siguientes son ejemplos de usos y divulgaciones de su información de salud protegida que estamos autorizados a hacer. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir posibles tipos de usos y divulgaciones.

Tratamiento - Podemos usar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con un tercero involucrado en su atención y tratamiento. Por ejemplo, divulgaríamos su PHI, según sea necesario, a una farmacia que llenaría sus recetas. También divulgaremos la PHI a otros proveedores de atención médica que puedan participar en su atención y tratamiento.

Pago - Su PHI se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede emprender antes de aprobar o pagar por los servicios de atención médica que le recomendamos, como, por ejemplo, determinar la elegibilidad o cobertura de los beneficios de seguro.

Operaciones de atención médica - Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI para respaldar las actividades comerciales de nuestra práctica. Esto incluye, entre otros, la planificación y el desarrollo empresarial, la evaluación y mejora de la calidad, la revisión médica, los servicios legales, las funciones de auditoría y las actividades de seguridad del paciente.

Avisos especiales - Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su cita. Podemos comunicarnos con usted por teléfono u otros medios para proporcionar resultados de exámenes o pruebas, para proporcionar información que describa o recomiende alternativas de tratamiento con respecto a su atención, o para proporcionar información sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud que ofrece nuestra oficina. Podemos comunicarnos con usted con respecto a las actividades de recaudación de fondos, pero tendrá derecho a optar por no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos. Cada aviso de recaudación de fondos incluirá instrucciones para obtener por no participar.

Organización de información de salud - La práctica puede optar por utilizar una organización de información de salud u otra organización similar para facilitar el intercambio electrónico de información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

A otras personas involucradas en su atención médica - A menos que usted se oponga, podemos divulgarla a un miembro de su familia, un familiar, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, su PHI que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u objetar dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que está en su mejor interés en función de nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que sea responsable de su cuidado, de su condición general o muerte. Si no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o divulgación de la PHI (por ejemplo, en una situación de alivio de desastres), entonces su proveedor de atención médica puede, con criterio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted. En este caso, solo se divulgará la PHI que sea necesaria.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos - También se nos permite usar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito, o brindarle la oportunidad de objetar, para los siguientes fines: si así lo exige la ley estatal o federal; para actividades de salud pública y problemas de seguridad (por ejemplo, un retiro del producto); para actividades de supervisión de la salud; en casos de abuso, negligencia o violencia doméstica; para evitar una grave amenaza a la salud o seguridad; para fines de investigación; en respuesta a una orden judicial o administrativa, y citaciones que cumplan con ciertos requisitos; a un médico forense, médico forense o director de funeraria; para responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos; para abordar la compensación al trabajador, la aplicación de la ley y otras solicitudes

gubernamentales, y para funciones gubernamentales especializadas (por ejemplo, militares, seguridad nacional, etc.); con respecto a un plan de salud grupal, para divulgar información al patrocinador del plan de salud para la administración del plan; y si lo solicita el Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad.

Quejas de privacidad

Tiene derecho a presentar una queja ante nosotros o directamente ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Puede hacer preguntas sobre sus derechos de privacidad, presentar una queja o presentar una solicitud por escrito (para acceder, restringir o modificar su PHI o para obtener una rendición de cuentas de divulgación) notificando a nuestro Gerente de Privacidad a:

**5402 S. Staples, Suite 100
Corpus Christi, Texas 78411**

Fecha efectiva 1/1/18

Fecha de publicación 1/1/18