



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

## Autorización limitada del paciente para la divulgación de información médica protegida

El formulario debe firmarse y fecharse cada año.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Quién estará autorizado a recibir información** - Autorizo a South Texas Eye Consultants, P.L.L.C a divulgar o proporcionar información de salud protegida sobre mí a las personas que se enumeran a continuación:

**Nombre individual/de entidad:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Descripción de la información que se divulgará - Autorizo a la práctica a divulgar la siguiente información de salud protegida sobre mí a la entidad, persona o persona identificada anteriormente:

- Registro completo del paciente; o, compruebe **sólo** los elementos del registro que se divulgarán:
- Notas de la Oficina                       Residencia de ancianos, salud en el hogar, hospicio y otros registros médicos
- Resultados de laboratorio, informes patológicos               Registro de pruebas del HIV y enfermedades transmisibles
- Informe de historia financiera (solo 3 años anteriores)

**Propósito de divulgación (por favor registre el propósito de la divulgación o compruebe la solicitud del paciente):**

Solicitud del paciente                       Otros (especifique): \_\_\_\_\_

- Esta autorización expirará al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una terminación anterior. Debe renovar o enviar una nueva autorización después de la fecha de vencimiento para continuar con la autorización.

**Por favor enumere la fecha de vencimiento si es anterior al final del año calendario:** \_\_\_\_\_

- Usted tiene derecho a rescindir esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad. La terminación de esta autorización será efectiva previa notificación por escrito, excepto cuando ya se haya hecho una divulgación basada en la autorización previa.
- La práctica no pone ninguna condición para firmar esta autorización en la prestación de atención médica o tratamiento.
- No tenemos control sobre las personas que ha enumerado para recibir su información médica protegida. Por lo tanto, su información médica protegida divulgada bajo esta autorización puede dejar de estar protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad, y ya no será responsabilidad de la práctica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

La finalización de este formulario de autorización es opcional.

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

## Política Financiera del Paciente

Con el fin de reducir la confusión y la incompreensión entre nuestros pacientes y la práctica, South Texas Eye Consultants, P.L.L.C., ha adoptado la siguiente política financiera. Nos dedicamos a establecer y mantener una gran relación paciente-médico y consideramos su completa comprensión de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de nuestra atención y tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre la política, póngase en contacto con nuestra recepción para obtener ayuda.

- **PAGO:** El pago debe abonarse en su totalidad en el momento del servicio, incluidos copagos, coseguros y/o deducibles.
- **TARJETAS DE SEGURO:** Asegúrese de que las tarjetas de seguro presentadas sean actuales y precisas. Si tiene varias coberturas de seguro, debe proporcionar todas las tarjetas en el momento del servicio.
- **SEGURO:** South Texas Eye Consultants participa con la mayoría de los principales planes de seguro. Si bien estamos encantados de enviar los servicios prestados a su compañía de seguros, para el pago, en última instancia usted es responsable de todos y cada uno de los pasivos financieros.
- **AUTORIZACIONES:** Si tiene un plan que requiere una autorización para ver a un especialista, debe obtener una referencia para que su visita en nuestra oficina esté cubierta por su seguro médico. Si usted no tiene la referencia válida y todavía desea ser visto, se le pedirá que pague por la visita antes de su examen.
- **SERVICIOS NO CUBIERTOS/CARGOS DENEGADOS:** Ciertos servicios pueden considerarse servicios no cubiertos o pueden ser denegados como de investigación, experimental o no médicamente necesarios por su compañía de seguros. Si su médico siente que estos servicios son necesarios y están preformados, usted está obligado a pagar por estos servicios en su totalidad si su compañía de seguros niega el pago.
  - **Pacientes de Medicare:** Los Consultores Oculares del Sur de Texas le informarán con anticipación y le proporcionarán un Aviso de Beneficiario Avanzado (ABN, por sus días) para que lo lea y firme. La ABN le ayudará a decidir si desea recibir servicios, sabiendo que es responsable del pago. Debe leer el ABN cuidadosamente.
  - **Pacientes que no sean de Medicare:** Cualquier servicio no cubierto por su plan es su responsabilidad y debe ser pagado en su totalidad por el momento del servicio.
- **CHEQUES DEVUELTOS Y MONTOS ADEUDADOS PASADOS:** Los cheques devueltos estarán sujetos a una tarifa de cobro de \$30.00. Todas las cuentas se consideran morosas si no se pagan dentro de los 90 días posteriores al servicio. Las cuentas vencidas pueden dar lugar a la rotación de cobros y/o a la denegación de futuros nombramientos hasta que se hayan pagado saldos antiguos en su totalidad. South Texas Eye Consultants no acepta cheques post-fechaos.
- **TARIFAS NO MÉDICAS:** Pueden aplicarse cargos adicionales a la finalización de la discapacidad u otros formularios, y copia de registros médicos.
- **REEMBOLSOS:** Los reembolsos se emiten cuando se ha identificado un pago excesivo. South Texas Eye Consultants no emitirá un reembolso sobre ninguna reclamación que todavía esté procesando con compañías de seguros y no pueda aceptar la Explicación de Beneficios del paciente como prueba de pago. Si cree que debe un reembolso, comuníquese con nuestra oficina de facturación al 361-906-3528.

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

## Política Financiera del Paciente

- **CARGOS DE CIRUGÍA:** South Texas Eye Consultants hará todo lo posible para determinar sus beneficios de seguro antes de su cirugía programada. Le notificaremos de la cantidad que usted será responsable de pagar antes de su cirugía programada. Tenga en cuenta que esto es sólo una estimación. Usted puede incurrir en cargos adicionales (además de los honorarios del cirujano) del centro de cirugía, anesthesiólogo, laboratorio y/o radiólogo.
- **LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS:** Después de recibir la autorización por escrito, su expediente médico puede ser liberado. South Texas Eye Consultants sigue las directrices de Texas para los cargos solicitados para la publicación de estos registros.
- **MÉDICO VS. SERVICIO DE VISIÓN:** Los planes de seguro diferencian entre los problemas "Médicos" y "Visión". La mayoría de los planes de seguro médico no pagan por los servicios de "Visión". Los planes de visión no pagan por problemas "médicos". Si tiene un problema médico ocular, podemos presentar una reclamación con su plan médico. Si simplemente necesita un examen ocular para gafas y/o contactos, podemos enviarnos a su plan de visión.
  - Aceptamos EyeMed Vison y Humana Vison.
- **REFRACCIONES:** Muchos seguros, incluyendo Medicare, NO cubren una refracción. Algunos planes de seguro consideran una refracción un servicio "Vision" y no un servicio "Médico", (Una refracción es un procedimiento realizado para determinar su necesidad de anteojos o para evaluar si se puede lograr alguna mejora visual). Esta no es sólo una porción necesaria y esencial de su examen ocular, es en muchos casos, la única razón de su cita. Nuestra tarifa por esta parte del examen ocular es de \$40.00, que vencen en el momento del servicio.
- **EVALUACIÓN Y TARIFA 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. Los pacientes que deseen ser evaluados para lentes de contacto son responsables de una tarifa adicional. Las evaluaciones de alta complejidad se cobran a un ritmo más alto porque requerirán una personalización y evaluación más detalladas.

Le agradecemos como nuestro paciente y queremos proporcionarle la mejor atención posible. Ayudarle a manejar mejor sus beneficios médicos es otra forma de decir "**nos importa**".

**He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que tales términos puedan ser modificados de vez en cuando por la práctica.**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o guardián si paciente es Menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

## Autorizaciones Y Acuse De Recibo

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo South Texas Eye Consultants, mis médicos tratantes y sus respectivos designados, para usar y divulgar mi información médica para todos los fines necesarios para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluyendo pero no limitado a la divulgación de la información solicitada por mi compañía de seguros (o transportista) y cualquier información necesaria para fines de planificación de descargas.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a South Texas Eye Consultants. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos. Autorizo la divulgación de cualquier información médica y otra información necesaria para procesar reclamos de seguro en mi nombre.

**FIRMA DE MEDICARE EN EL ARCHIVO (Solo pacientes de Medicare):** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre a todos los proveedores que me traten a mí o a cualquier servicio que me presenten esos proveedores. Autorizo al titular de información médica y de otro tipo sobre mí a divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Se me ha proporcionado una copia de South Texas Eye Consultants' políticas financieras y aceptar los términos especificados. Por la presente acepto pagar todos los cargos adeudados (o llegar a ser debidos) a South Texas Eye Consultants para el cuidado y el tratamiento, incluyendo copagos y deducibles según lo dispuesto en mi plan. Los beneficios, si los hubiera, pagados por un tercero, se acreditarán a cuenta. Entiendo que seré responsable de cualquier cargo si se aplica cualquiera de las siguientes condiciones:

1. Mi plan de salud requiere autorización previa o remisión por parte de un Médico de Atención Primaria (PCP) antes de recibir servicios en South Texas Eye Consultants y no he obtenido dicha autorización o remisión, o he recibido servicios que excedan dicha autorización o remisión
2. Mi plan de salud determina que los servicios que recibo en South Texas Eye Consultants no son médicamente necesarios y no están cubiertos por mi plan de seguro
3. Mi cobertura del plan de salud ha caducado o caducado en el momento en que recibo servicios en South Texas Eye Consultants

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD:** Se me ha proporcionado una copia de las políticas de privacidad de South Texas Eye Consultants y acepto los términos especificados. El aviso proporciona, en detalle, los usos y divulgaciones de mi información médica protegida que pueden ser hechas por South Texas Eye Consultants, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos, y los deberes legales de South Texas Eye Consultants con respecto a mi información. Entiendo que South Texas Eye Consultants se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Políticas de Privacidad, y de hacer cambios con respecto a toda la información médica protegida residente en, o controlado por, South Texas Eye Consultants. Si se producen cambios en la política, South Texas Eye Consultants me proporcionará un Aviso revisado de Prácticas de Privacidad a petición.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Número de Medicare (si corresponde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**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