

SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

REGISTRO DEL PACIENTE – IMPRIMA POR FAVOR

Fecha de hoy: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ M.I.: _____

Direccion: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento (mes/dia/ano): _____ / _____ / _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Correo electronico: _____ Sexo: Hombre / Mujer

Religion: _____ Raza: _____ Occupacion: _____

Estado civil (circulo uno): Soltero Casada Divorciado Viudo

Doctor Primario: _____ Numero: _____

Doctor de referido: _____ Primer lenguaje: _____

Farmacia: _____ Farmacia direccion: _____

Como escuche de nosotros? _____

Razon para su visita? _____

PERSONA RESPONSIBLE POR SEGURO:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ M.I.: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Relacion al paciente: _____ Fecha de nacimiento (mes/dia/ano) _____ / _____ / _____

Correo electronico: _____ Primer lenguaje: _____

Informacion del seguro:

Primario: _____ ID#: _____ Group#: _____

Secondario: _____ ID#: _____ Group#: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero: _____

Autorizacion de Seguro Autorizo y solicito que mi compañia de seguros / compañias pague directamente a los proveedores de South Florida Eye Institute Inc. el monto que se me debe en las reclamaciones pendientes por servicios médicos y / o quirúrgicos.

Paciente/Legal Guardia Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para liberar información médica - Opcional

Autorizo al South Florida Eye Institute a compartir mi información con las que se enumeran a continuación. Al firmar a continuación, estoy confirmando que toda la información en todas las hojas de información del paciente es correcta. Si alguno de mis seguros no es correcto, o actual, y en caso de que el Instituto South Florida Eye no pueda ser reembolsado debido a cargos no cubiertos, reconozco que soy responsable del pago completo.

Nombre: _____ Numero: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Numero: _____ Relacion: _____

Paciente/Legal Guardia Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Aviso de Privacidad de las Prácticas – Requerido

Reconozco que he recibido, leído y entendido la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Por la presente autorizo a los Proveedores de South Florida Eye Institute a divulgar a todas y cada una de las partes mencionadas en la Notificación de Prácticas de Privacidad cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento, examen o cirugía que me hayan prestado durante el período de atención médica

Paciente/Legal Guardia Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Paciente/Legal Guardia Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

NO SHOW Y POLÍTICAS DE IMPAGO

Al aceptar recibir servicios en South Florida Eye Institute, el paciente acepta nuestras políticas de NO SHOW Y FALTA DE PAGO. Reconocer que el tiempo de todos es valioso y que el tiempo de la cita es limitado. Nuestra oficina requiere un aviso de cancelación de 24 horas para cualquier cita que se confirme. Cada vez que un paciente pierde una cita sin previo aviso, a otro paciente se le impide recibir atención. Por lo tanto, nuestra oficina se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$ 75.00 por cada cita perdida ("NO SHOW") que en ausencia de una razón convincente se aplicará.

"Los honorarios de "NO SHOW" se facturan al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "NO SHOWS" en cualquier período de 12 meses pueden resultar en la terminación de los servicios al paciente.

Después de que se prestan los servicios, se espera que el paciente pague a nuestra oficina los honorarios asociados con los servicios prestados el día de los servicios. Nuestra oficina facturará al paciente por cualquier tarifa no cobrada por correo. Se espera que los pacientes proporcionen a la oficina direcciones postales actualizadas. Despues de que se envie el primer estado de cuenta y no se pague dentro del plazo indicado en el estado de cuenta, nuestra oficina cobrará el 18% anual por todos los saldos pendientes. Además, cualquier estado de cuenta adicional enviado después del primer estado de cuenta enviado incurrirá en un aviso de cargo por pago atrasado de \$2.50. Cualquier estado de cuenta devuelto debido a la falta de información de correo seguirá siendo contado. En caso de falta de pago, nuestra oficina se reservará el derecho de enviar el saldo no cobrado a una agencia de cobro.

Información de medico

Apellido nombre: _____

Razon para visita:

Medicamentos recetados: enumere todos los medicamentos recetados que está tomando actualmente.

Alergias: Por favor liste todas las alergias . Ninguno

Vitaminas de venta libre, información sobre suplementos herbales: enumere todos los suplementos actuales:

Información de farmacia preferida:

Farmacia: _____ **Teléfono:** _____

Fax: _____

Dirección de la farmacia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

História Ocular - Marque todo lo que corresponda

Blefaritis _____ Catarata _____ Conjuntivitis _____ Enfermedad de la córnea _____ Úlcera de la córnea _____
Enfermedad de la retina diabética _____

Ojos secos ___ Glaucoma ___ Herpes ___ Degeneración macular ___ Desprendimiento de retina ___ Desgarro de retina

Enfermedad de la retina Toxoplasmosis Otra

Enumere todas las principales enfermedades y lesiones (por ejemplo, diabetes, hipertensión arterial, accidentes).

Listar todas las cirugías y fechas realizadas

¿Usas lentes de contacto? Sí ____ No ____ ¿Cuánto tiempo ha tenido la misma secuencia de comandos de lentes de contacto? _____

¿Lentes de contacto cómodas? Sí ____ No ____ ¿Ha intentado descontinuar el uso y volver a intentarlo? Si no ____

¿Usas lentes? Sí ____ No ____ ¿Cuánto tiempo ha tenido el mismo guión para esas gafas? _____

¿Alguna vez has tenido una lesión en el ojo? Sí ____ No ____ Describa:

Historial médico general - Marque todo lo que corresponda

Salud general:

Fiebre ____ Golpe de calor ____ Pérdida de peso ____ Aumento de peso ____ Inusualmente cansado ____

Otro: _____

Oreja nariz garganta:

Dificultad de audición ____ Nariz congestionada ____ Dolor de oreja ____ Timbre en la oreja ____ Boca seca ____

Otro: _____

Cardiovascular:

Presión arterial alta ____ Generador de ritmo ____ Pulso acelerado ____

Otro: _____

Respiratorio:

Congestión ____ Sibilancias ____ Falta de aliento ____ Tuberculosis ____

Otro: _____

Gastrointestinal:

Malestar estomacal ____ Diarrea ____ Hernia ____ Estreñimiento ____

Otro: _____

Genital, Riñón, Vejiga:

Micción dolorosa ____ micción frecuente ____ ictericia amarilla ____ diálisis ____

Otro: _____

Maternidad femenina

¿Embarazada? ____ En caso afirmativo, indique la fecha de vencimiento ____ / ____ / ____ ¿Está amamantando a un bebé? ____

Músculo, huesos, articulaciones :

Piel:

Crecimientos Erupción Lunares Cáncer y tipo _____

Neurológico:

Entumecimiento Dolor de cabeza Convulsiones
Otro: _____

Psiquiátrico:

Ansiedad Depresión Insomnio

endocrino:

Diabetes tipo 1 Diabetes tipo 2 Hipertiroidismo Hipotiroideo

Otro: _____

Desorden sanguíneo:

Anemia Sangrado Transfusión de sangre

Otro: _____

Alergias:

Estornudos Hinchazón Enrojecimiento Comezón Urticaria Seno

Otro: _____

Historial médico familiar: ¿Alguno de los miembros de su familia (madre, padre, abuelos, hermanos, tía / tío) tuvo alguna de las siguientes enfermedades?

Ceguera Relación _____ Catarata Relación _____ Glaucoma Relación _____

Diabetes Relación _____ Hipertensión Relación _____

Enfermedad del corazón Relación _____ Trazo Relación _____ Cáncer Relación _____

Otras enfermedades hereditarias _____

Historia social:

¿Fumas? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes? _____ ¿Cuánto tiempo has fumado? _____

¿Bebes alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas al día? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Cuál es tu ocupación? _____ ¿Manejas? Sí No ¿Día o noche? _____

Confirmo que toda la información contenida en este documento es correcta.

Nombre del paciente / tutor legal (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente / tutor legal: _____

Fecha: _____

SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

Phone: 954-721-0000 | Fax: 954-721-6308 | Email: sfeiMRS@gmail.com

Patient Consent and Authorization for Release of Medical Records to South Florida Eye Institute Inc.

Patient Name: _____ Patient Date of Birth: _____

Patient Home Address: _____

Patient Telephone: _____ Patient Email: _____

Patient / Legal Representative Authorization

I, _____, hereby authorize the release, use or disclosure of my health information as follows:

This authorization pertains to the following type of medical information about me:

Most current medical visit notes and diagnostic results (including if any photos / visual fields / OCTs / MRIs / MRAs / XRays / Blood Lab Results / ophthalmic surgical notes/procedures) in your custody.

I hereby authorize _____ to release the above-described information to South Florida Eye Institute Inc. by Fax: 954-721-6308 or Email: sfeiMRS@gmail.com

I understand that, per my request, this authorization will permit the above-named parties to use or disclose the identified health information for purposes beyond treatment, payment, or healthcare operations as provided by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

I understand that I may revoke this authorization at any time by providing written notification to: _____. The revocation will be effective on the date it has been received and processed by the above-named recipient. I understand that the revocation does not apply to actions taken in reliance upon this authorization prior to the effective date of revocation. I also understand that I do not have to sign this authorization in order to receive treatment, payment, or to enroll or be eligible for benefits.

Unless I request in writing otherwise, I understand that this authorization will expire on _____. If I do not specify an expiration date or event, this authorization will expire 90-days from the date on which I signed this authorization.

I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the named recipient and may no longer be protected by HIPAA's privacy rules after the authorized disclosure.

Patient or Legal Representative

Signature of Patient/Legal Representative: _____ Date: _____

Print Patient / Legal Representative Name: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

CONFIDENTIALITY NOTICE - The information contained in this transmission is intended only for the person or entity to which it is addressed and may contain confidential and/or privileged material. If you are not the intended recipient of this information, do not review, re-transmit, disclose, disseminate, use, or take any action in reliance upon, this information. If you received this transmission in error, please contact the sender or contact the HIPAA privacy officer at 706-721-2661 for further instruction.

SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

Cancelación de 24-horas y Aviso de Tarifa "No Show"

Reconociendo que el tiempo de todos es valioso, y el tiempo de la cita es limitado, le pedimos que proporcione un aviso de 24-horas si no puede cumplir con su cita. Cada vez que un paciente pierde una cita sin dar el aviso adecuado, se impide que otro paciente reciba atención. Por lo tanto, los médicos de South Florida Eye Institute Inc. se reservan el derecho de cobrar una tarifa de \$ 75.00 por cada cita perdida ("No Show"), que es ausente por un motivo convincente y no se cancela con un avance de 24-horas. darse cuenta.

Las tarifas "No Show" se le cobrarán al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "No Shows" en cualquier período de 12 meses pueden resultar en la terminación de nuestra práctica.

Gracias por su cooperación anticipada.

Al firmar a continuación, usted reconoce que recibió este aviso y entiende esta política.

Nombre del paciente (Imprimir por favor)

Fecha

Firma del paciente

Fecha

SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

FULL EYE CARE FACILITY

Políticas financieras del paciente

Garantía de pago: Para los servicios prestados por South Florida Eye Institute, Inc. y sus empleados, usted garantiza el pago de su cuenta en el momento en que se brindan los servicios por la totalidad de los costos que no serán pagados por una compañía de seguros u otro pagador externo. (todos llamados "PAGADOR"), o si en una fecha posterior a la aprobación inicial, su Pagador rechaza el reclamo. Además, comprende que cualquier cargo fuera de la red puede ser su responsabilidad según lo determine su PAGADOR. Usted reconoce que si su dependiente recibe servicios, usted será responsable del pago bajo estos mismos términos y condiciones. Se le enviará la factura a la "Parte responsable" que figura en la Hoja de datos del paciente y se compromete a pagarla. Si la Parte responsable no es usted y esa persona no paga la factura, USTED acepta pagar la factura.

Asignación de beneficios: en la medida en que exista cobertura de terceros para el pago de servicios, usted acepta que todos los beneficios médicos y relacionados PAGADOS por PAYER se asignarán a South Florida Eye Institute, Inc. en su nombre.

Información de facturación: es esencial que nos proporcione información completa y precisa para enviar la facturación a su compañía de seguros (es decir, dirección particular, números de teléfono). Haremos todo lo posible para presentar reclamaciones a su compañía de seguros y le proporcionaremos nuestras declaraciones de inmediato. Sin embargo, si por alguna razón la declaración se devuelve a nuestra oficina debido a un problema con la dirección que proporcionó; puede ser despedido y derivado a una agencia de cobranza. Para evitarlo, mantenga su información actualizada.

Asegúrese de traer su identificación con foto emitida por el gobierno y sus tarjetas de seguro a cada visita para que podamos facturar adecuadamente a su compañía de seguros. Si no tiene su tarjeta de seguro con usted, es posible que deba realizar el pago completo ese día.

Facturación del seguro: Como su proveedor de atención médica, presentaremos sus reclamos a su compañía de seguros como cortesía después de que se brinden los servicios, a menos que nos notifique que no lo presentemos con su Pagador. Es su responsabilidad comprender qué servicios están cubiertos por su póliza de seguro médico. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de un servicio, lo instamos a que se comunique con su compañía de seguros antes de que se brinde el servicio. Los códigos que se enumeran para los servicios que se le brindan se basan en las pautas de la Asociación Médica Estadounidense. Hay varios factores involucrados al tomar la decisión sobre el tipo de servicios que se facturarán. Entre esos factores decisivos está si usted es un paciente nuevo (no visto en los últimos tres años) o un paciente establecido, el motivo de la visita, la cantidad de tiempo que toma el servicio y la complejidad del problema médico.

Las compañías de seguros toman su decisión de pago sobre un servicio médico específico al observar lo que ofrece su póliza de seguro. Ejemplo: Si el motivo de su visita es un examen físico deportivo y su compañía de seguros no cubre ese servicio, no podemos volver atrás y cambiar el motivo de su visita. Es su responsabilidad averiguarlo con anticipación.

A veces, los servicios de rutina, como las visitas al consultorio, los servicios de laboratorio, los exámenes de diagnóstico y los controles anuales no están cubiertos por las pólizas de seguro. Le sugerimos que se comunique con su compañía de seguros para averiguar qué beneficios tiene bajo su póliza, antes de que prestemos los servicios. El número de servicio al cliente generalmente se encuentra en su tarjeta de seguro. Tenga en cuenta que su compañía de seguros puede requerir una precertificación, autorización previa o derivación para algunos servicios, como: radiología, cirugía o visitas a especialistas. Recibir autorización previa no garantiza que su compañía de seguros la pague. Los pacientes tienen la responsabilidad de asegurarse de que se haya obtenido la autorización previa antes de la prestación de los servicios.

Normalmente, debería recibir una respuesta de su compañía de seguros dentro de los 30 días. Esto tiene la forma de una "Explicación de beneficios" (o "EOB"). Si no lo recibe, le agradeceríamos

SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

FULL EYE CARE FACILITY

que se comunique con su compañía de seguros para verificar el estado de su reclamo y agilizar el pago. Llame a nuestro Departamento de Facturación (el número de teléfono aparece en su estado de cuenta) si tiene alguna dificultad con su compañía de seguros. Intentaremos ayudarte. Usted es responsable del pago hasta que su compañía de seguros pague la cuenta en su totalidad.

Condiciones de pago: Dependiendo de los beneficios de su póliza de seguro, usted puede ser responsable de un copago, coseguro, deducible o por la totalidad de los servicios prestados. Es posible que solicitemos el pago de estos artículos en el momento de su visita al consultorio. Si no realiza el pago en el momento del servicio, es posible que le cobremos una tarifa de procesamiento para cubrir nuestro gasto adicional de preparar y enviar una factura. Una vez que hayamos recibido una EOB de su compañía de seguros, que indica la cantidad por la que será responsable, se le enviará un estado de cuenta por el saldo y se espera el pago antes de la Fecha de vencimiento indicada en nuestra factura.

Si los montos adeudados por los servicios prestados se vuelven morosos y los montos se remiten a un abogado y / o al servicio de cobranza, usted acepta que será responsable de todos los costos y gastos razonables incurridos en los esfuerzos de cobranza, incluidos los cargos por intereses adeudados, los costos judiciales y costes legales.

Nota para padres divorciados de dependientes. A menos que nos proporcione una orden judicial, la declaración se enviará a la "Parte responsable" que se indica en la Hoja de datos del paciente y esa persona acepta pagar la factura. Si la Parte responsable no es usted y esa persona no paga la factura, USTED acepta pagar la factura. Si hay un desacuerdo, corresponde a los padres determinar quién debe pagar sin la participación de South Florida Eye Institute, Inc.

Pacientes que pagan por cuenta propia: Los pacientes que pagan por cuenta propia son aquellos que no están cubiertos por ninguna póliza de seguro o un tercero pagador. El pago es SU responsabilidad: Nuestra relación es con usted, para brindarle atención médica de calidad a usted y / o su dependiente. En consecuencia, todos los cargos incurridos son su responsabilidad. La obligación de garantizar el pago a tiempo recae en usted. Desafortunadamente, no siempre podemos depender de su compañía de seguros para que realice el pago oportuno en su nombre. No somos responsables por demoras, reclamos extraviados o la necesidad de información adicional de parte de su compañía de seguros. Si por alguna razón se devuelve un cheque por fondos insuficientes, cualquier cargo incurrido por South Florida Eye Institute Inc. se le pasará a usted y se le pedirá que reembolse a South Florida Eye Institute Inc.

Opciones de pago: si no puede cumplir con su obligación financiera, se pueden hacer arreglos de pago. Puede haber opciones de financiamiento disponibles. Comuníquese con nuestro coordinador financiero para discutir las opciones de pago, antes de que su cuenta esté vencida. En casos de dificultades económicas, es posible que se le considere bajo nuestra política de dificultades económicas y puede preguntarnos al respecto.

Realización de pagos: los pacientes pueden pagar en efectivo, giro postal, cheque o tarjeta de crédito personal, que puede incluir tarjetas de crédito para pagar desde su "cuenta de gastos flexible" y / o "cuenta de ahorros para la salud", si las tiene. Una o todas estas tarjetas pueden usarse para pagar su factura y podemos mantenerlas en nuestros archivos para facilitar la facturación. Los pacientes aceptan que si tienen un saldo acreedor después de pagar por un servicio, South Florida Eye Institute, Inc. puede aplicarlo a cualquier saldo pendiente en su cuenta.

Tarifas evaluadas por South Florida Eye Institute Inc.: Es posible que se le cobren tarifas por lo siguiente: (1) Cheques devueltos (2) Completar formularios (por ejemplo, incapacidad o licencia médica familiar) (3) Copiar registros médicos (4) No Cancelar cita ("No Show") - si no nos avisa de su incapacidad para asistir a su cita antes de 24 horas antes de su cita. Estas tarifas las establece cada ubicación y pueden cambiar en cualquier momento.

SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

FULL EYE CARE FACILITY

Se le considerará un paciente activo siempre que le proporcionemos servicios dentro de un período de 3 años. Se considerará que termina nuestra relación si no tiene contacto con nosotros durante este período de tiempo. La aceptación de regreso al consultorio como paciente nuevo queda a discreción del proveedor / ubicación individual.

Firma del Paciente / Tutor Legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente / tutor legal

SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

AUTORIZACIÓN DE LA FIRMA DE MEDICARE Y MEDICAID

Certificación de paciente de Medicare y Medicaid: autorización de certificación de paciente para divulgar información y solicitud de pago. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII y / o el Título XIX de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a que divulgue a la Administración del Seguro Social o sus proveedores intermediarios toda la información necesaria para este o un reclamo relacionado de Medicare o Medicaid. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios. Solicito que esta autorización se aplique a todos los reclamos, presentes y futuros. Entiendo que soy responsable del deducible y coseguro de mi seguro de salud. Autorizo a South Florida Eye Institute Inc. y a todos sus empleados, contratistas independientes, socios comerciales, agentes y / o afiliados de la misma (colectivamente, "South Florida Eye Institute Inc.") a contactarme mediante el uso de cualquier equipo de marcado o un voz artificial o voz pregrabada, en cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico, provisto por mí o encontrado por medio de métodos de rastreo de omisión o, de lo contrario, incluso si se me cobra por la llamada. Doy mi consentimiento expreso a tales llamadas automatizadas y con tal consentimiento, específicamente renuncio a cualquier objeción o reclamo que pueda tener contra South Florida Eye Institute Inc, por hacer tales llamadas, incluyendo cualquier reclamo bajo la Ley de Protección al Consumidor Telefónico y cualquier ley y reglamentación similar como enmendado. Este consentimiento no puede ser revocado o modificado oralmente, pero puede ser retirado en cualquier momento por escrito.

Fecha: _____

Imprimir el nombre del Paciente / Beneficiario: _____

Firma del paciente / Beneficiario: _____

SEGURO COMERCIAL, MIEMBROS DE ATENCIÓN GESTIONADA Y AUTORIZACIÓN DE PAGO SECUNDARIO

Autorizo liberar cualquier información médica necesaria para procesar mi seguro (reclamaciones). Solicito que el pago autorizado se realice en mi nombre. Asigno el beneficios pagables por servicios médicos a SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE INC. Solicito que esta autorización se aplique a todos los reclamos de seguro, presentes y futuros. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros. Autorizo a South Florida Eye Institute Inc. y a todos sus empleados, contratistas independientes, socios comerciales, agentes y / o afiliados de la misma (colectivamente, "South Florida Eye Institute Inc.") a contactarme mediante el uso de cualquier equipo de marcado o un voz artificial o voz pregrabada, en cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico, provisto por mí o encontrado por medio de métodos de rastreo de omisión o, de lo contrario, incluso si se me cobra por la llamada. Doy mi consentimiento expreso a tales llamadas automatizadas y con tal consentimiento, específicamente renuncio a cualquier objeción o reclamo que pueda tener contra South Florida Eye Institute Inc, por hacer tales llamadas, incluyendo cualquier reclamo bajo la Ley de Protección al Consumidor Telefónico y cualquier ley y reglamentación similar como enmendado. Este consentimiento no puede ser revocado o modificado oralmente, pero puede ser retirado en cualquier momento por escrito.

Fecha: _____

Escriba el nombre del paciente / asegurado (Firma del padre si es hijo): _____

Firma del paciente / asegurado: _____