

# SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

## FULL EYE CARE FACILITY

---

### CUESTIONARIO DE CORONAVIRUS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Lectura de temperatura del paciente: \_\_\_\_\_

A temperaturas de 100 o más, se les pedirá a los pacientes que busquen atención médica de atención primaria.

1). ¿Ha viajado a alguno de estos lugares en los últimos 14 días?

Si  No

Marque todo lo que corresponda:

China  South Korea  Italy  Japan

New York/New Jersey  Other \_\_\_\_\_

2). ¿Ha estado en un crucero desde febrero de 2020?  Si  No

Si es así, ¿qué línea de crucero / barco? \_\_\_\_\_

¿A donde se fué? \_\_\_\_\_

3). ¿Ha estado en contacto cercano (dentro de los 6 pies) con alguien con un COVID-19 confirmado por laboratorio en los últimos 14 días?  Si  No

4). ¿Ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos 14 días?

Fiebre mayor de 100  Dificultad para respirar / falta de aire

Tos  Resfriado  Dolor muscular  Dolor de cabeza

Dolor de garganta  Pérdida del gusto

Si respondió No a la pregunta 1 y / o 2, pero sí a las 3 y 4, infórmeselo a nuestra oficina y llame a su proveedor de atención primaria.

Adhiérase al distanciamiento social y no se acerque a nadie con un sistema inmunológico comprometido u otra condición subyacente.

# **SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE**

## **FULL EYE CARE FACILITY**

---

Este Reconocimiento de riesgos con respecto a COVID-19 (este "Reconocimiento") se aplica a todos los médicos, enfermeras, asistentes médicos, empleados, directa o indirectamente, administrados por, o afiliados de alguna otra manera, South Florida Eye Institute Inc (cada uno, un "Proveedor"). Tanto el paciente como los invitados que lo acompañan, según corresponda, son partes de este Acuerdo y se denominan "Yo". Este Reconocimiento establece los términos y condiciones legales que se aplican a todos los tratamientos, procedimientos o servicios (a los que se hace referencia en este documento como "Servicios") que recibiré de cualquier Proveedor.

### **Reconocimiento sobre las precauciones durante el coronavirus (COVID-19)**

Las recomendaciones de tratamientos y servicios formuladas por organizaciones profesionales y Departamentos de Salud regionales y locales tienen como objetivo salvaguardar la salud y seguridad de pacientes y proveedores. El Proveedor ha determinado que es apropiado brindar atención relacionada con la atención oftalmológica y utilizará los medios disponibles para manejar el riesgo de transmisión de enfermedades entre personas.

Entiendo que la información sobre COVID-19 y la comprensión de esta enfermedad por parte de las comunidades médicas está evolucionando rápidamente y que pueden surgir riesgos de los que actualmente no tenemos conocimiento. Reconozco que la orientación del Centro para el Control de Enfermedades ("CDC") y la Academia Estadounidense de Oftalmología ("AAO") puede cambiar en cualquier momento en función de la nueva información sobre COVID-19.

Entiendo que podría haber estado expuesto a COVID-19 antes o mientras recibía los Servicios por parte del Proveedor. Entiendo que a pesar de las medidas que está tomando el Proveedor, puedo exponerme al COVID-19 durante mi / nuestro tratamiento con el Proveedor o debido a dicho tratamiento. Entiendo que, en este momento, la disponibilidad de las pruebas es limitada y el Proveedor tiene una capacidad limitada para derivar a los pacientes para la prueba COVID-19. Entiendo que puedo tener la opción de hacerme la prueba de COVID 19 siguiendo las pautas de prueba locales, estatales y nacionales. Si elijo hacerme la prueba, entiendo y acepto que debo discutir estos resultados con el Proveedor antes de cualquier tratamiento. Entiendo que las pruebas de COVID-19 no son 100% precisas. Entiendo que las pruebas de PCR tienen diferentes niveles de falsos negativos, y las pruebas de anticuerpos positivas pueden no resultar en inmunidad contra COVID. Si demuestro síntomas, mi proveedor puede cancelar mi cita incluso si me han hecho la prueba.

Además, entiendo que si me expongo directamente a COVID-19, me diagnostican COVID-19 o me vuelvo sintomático con alguna enfermedad que posiblemente podría ser COVID-19 (incluso en ausencia de una prueba COVID-19 positiva), el Proveedor puede optar por posponer, reprogramar o cancelar o modificar la forma en que el Proveedor presta los Servicios, según las circunstancias clínicas. Entiendo que es mi obligación informar a la clínica si no me siento bien, tengo fiebre o cualquier otro síntoma asociado con COVID-19, o si tengo motivos para creer que he estado expuesto al COVID-19. Entiendo que si cualquiera de los anteriores se aplica a mí, la clínica puede optar por reprogramar mi cita, visita o cualquier Servicio en una fecha posterior.

# **SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE**

## **FULL EYE CARE FACILITY**

---

Acepto que me pondré en contacto con el Proveedor para reprogramar mi cita si experimento alguno de los siguientes síntomas: tos, fiebre, dificultad para respirar. También acepto que informaré al Proveedor de inmediato si he estado en contacto cercano con una persona que se sabe que tiene COVID-19, o si he estado expuesto a una persona con los síntomas enumerados anteriormente.

Además, entiendo que puede llegar un punto en el que el Proveedor no pueda respaldar los Servicios continuos (por ejemplo, enfermedad de los médicos o del personal de laboratorio que evitaría que el Proveedor preste los servicios o que la clínica deba pausar las operaciones) y, si esto ocurre, los Servicios puede posponerse o cancelarse.

Entiendo que antes y durante mi tratamiento debo seguir practicando medidas preventivas, es decir, distanciamiento físico, lavado de manos, uso de equipo de protección personal (PPE, es decir, máscaras y guantes, desinfectante de manos) y todas las recomendaciones actuales de los CDC para reducir los riesgos de infección.

Entiendo que el Proveedor puede estar sujeto a una Ordenanza sobre quedarse en casa o refugio en el lugar que puede restringir mi capacidad para viajar en mi comunidad local. Acepto que me familiarizaré con todas las órdenes aplicables. Reconozco que salgo de mi casa para recibir tratamiento médico y que debo y tomaré precauciones para permanecer aislado durante mi viaje para no aumentar la posibilidad de infección para mí o para otros. Acepto usar una mascarilla, ya sea de tela o médica, durante mi viaje a la oficina del Proveedor, y desinfectar mis manos al llegar al Proveedor.

Entiendo que el Proveedor está tomando precauciones adicionales para limitar la posibilidad de propagar COVID-19, incluida la detección previa de fiebre y prácticas de distanciamiento social durante mi tratamiento. Estoy de acuerdo en cumplir con estos esfuerzos y entiendo que si no lo hago puede resultar en la cancelación de mi cita. Entiendo que si durante mi preselección en la clínica se descubre que tengo fiebre, se me pedirá que re programe mi cita en el momento en que el Proveedor crea que es apropiado. Reconozco que, a pesar de estos esfuerzos, todavía es posible que me infecte con COVID-19 durante mi viaje hacia y desde la clínica o mientras esté en la clínica. Acepto mantener a salvo a la clínica, los médicos y el personal en caso de que me infecte.

El Proveedor me ha explicado los riesgos, los posibles beneficios y las alternativas a este tratamiento o procedimiento. Entiendo la explicación que se me ha dado.

He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre los Servicios y este Reconocimiento y esas preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

**Patient Print Name:** \_\_\_\_\_

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

# SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE - POR FAVOR ESCRIBA

Fecha: \_\_\_\_\_ Lenguaje primario: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo (M/F): \_\_\_\_\_ Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ El primer nombre: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque con un círculo el que corresponda) Soltera / Soltero Casada / Casado  
Divorciada / Divorciado Viuda / Viudo

Médico de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_ Teléfono del PCP: \_\_\_\_\_

Medica referente: \_\_\_\_\_ Teléfono de referencia: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del South Florida Eye Institute? \_\_\_\_\_

Generalmente, describa el motivo de su visita: \_\_\_\_\_

### **Para fines del seguro, indique la parte responsable (suscriptor) si es diferente del paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_ El primer nombre: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Relación con la / el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la parte responsable (mes / día / año): \_\_\_\_\_

### **Información de Contacto en caso de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

### **Información del Seguro**

Primario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Secundario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

### **Autorización de seguro: requerida**

Autorizo y solicito que mi compañía de seguros pague directamente al médico y a los proveedores de South Florida Eye Institute la cantidad que se me adeude en mis reclamos pendientes por y / o servicios quirúrgicos.

Firma del paciente / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# **SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE**

---

## **Autorización para divulgar información médica**

Autorizo al South Florida Eye Institute a compartir mi información con los que se enumeran a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_.

Firma del paciente / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## **Aviso de privacidad de prácticas: obligatorio**

Reconozco, he recibido, leído y comprendido el Aviso de prácticas de privacidad.

Por la presente autorizo a los médicos del South Florida Eye Institute a divulgar a todas y cada una de las partes indicadas en el Aviso de prácticas de privacidad, cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento, examen o cirugía que se me haya prestado durante el período de dicha atención médica. y / o atención quirúrgica.

Firma del paciente / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## **Afirmación del paciente - Requerida / Requerido**

Al firmar a continuación, confirmo que toda la información en ambas hojas de información del paciente es correcta, a menos que se indique lo contrario. Si alguno de mis seguros no es correcto o no está actualizado y en el caso de que South Florida Eye Institute no pueda ser reembolsado debido a cargos no cubiertos, reconozco que soy responsable del pago total.

Firma del paciente / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

# SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

## FULL EYE CARE FACILITY

---

### INFORMACION DE MEDICAMENTOS

Apellido: \_\_\_\_\_ El primer nombre: \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información sobre medicamentos recetados:** enumere todos los medicamentos recetados que está tomando actualmente.

Nombre del medicamento	Fuerza	Uso de medicamentos

**Alergias a medicamentos:** Enumere todos los medicamentos a los que es alérgico. Por ejemplo: Penicilina, Sulfa, Yodo, Codeína, etc.


**Información sobre suplementos de hierbas, vitaminas y de venta libre:** Enumere los suplementos actuales.

Nombre del medicamento	Fuerza	Uso de medicamentos

**Información de farmacia preferida:**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

<p>Mi firma a continuación confirma que toda la información aquí contenida es correcta.</p> <p>Firma del paciente / tutor legal: _____ Fecha: _____</p>
---

# SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

## FULL EYE CARE FACILITY

### CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historial ocular:** (marque todo lo que corresponda)  Alergias  Blefaritis  Catarata  
 Conjunctivitis  Enfermedad de la córnea  Úlcera corneal  Enfermedad diabética de la retina  
 Ojos secos  Glaucoma  Herpes  Degeneración macular  
 Desprendimiento de retina  Enfermedad de la retina  Desgarro de retina  
 Toxoplasmosis  Otro \_\_\_\_\_

Enumere todas las enfermedades y lesiones importantes (es decir, diabetes, presión arterial alta, traumatismos, accidentes) \_\_\_\_\_

Enumere todas las cirugías y las fechas realizadas \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema actual o pasado en las siguientes áreas? En caso afirmativo, por favor indique los detalles:

#### SALUD GENERAL

Fiebre  Golpe de calor  Pérdida de peso  Aumento de peso  Inusualmente cansado  
 Otro: \_\_\_\_\_

#### OREJA NARIZ GARGANTA

Dolor de oídos  Problemas de audición  Zumbido en el oído  Congestión nasa  
 Boca seca  Otro: \_\_\_\_\_

#### CARDIOVASCULAR

Hipertensión  Creadora de ritmo  Pulso de carreras  Otro: \_\_\_\_\_

#### RESPIRATORIO

Congestión  Sibilancias  Dificultad para respirar  Tuberculosis  Otro: \_\_\_\_\_

#### GASTROINTESTINAL

Malestar estomacal  Diarrea  Hernia  Estreñimiento  Otro: \_\_\_\_\_

#### GENITAL, RIÑÓN, VEJIGA

Dolor al orinar  Micción frecuente  Ictericia amarilla  Diálisis  Otro: \_\_\_\_\_

**MATERNIDAD FEMENINA** ¿Embarazada? (Y/N) \_\_\_\_\_ ¿Bebé lactante? (Y/N) \_\_\_\_\_

**MÚSCULO, HUESOS, ARTICULACIONES**  Artritis  Lupus  Esclerodermia  Otro: \_\_\_\_\_

#### PIEL

Crecimientos  Erupción  Lunares  Cáncer  Otro: \_\_\_\_\_

#### NEUROLÓGICO

Entumecimiento  Dolor de cabeza  Convulsiones  Otro: \_\_\_\_\_

#### PSIQUIÁTRICO

Ansiedad  Depresión  Insomnio  Otro: \_\_\_\_\_

# SOUTH FLORIDA EYE INSTITUTE

## FULL EYE CARE FACILITY

---

**ENDOCRINA / ENDOCRINO:**

Diabetes tipo 1  Diabetes tipo 2  Hipertiroidismo  Hipotiroideo  Otro: \_\_\_\_\_.

**DESORDEN SANGUINEO:**

Anemia  Sangrado  Complicación de la transfusión de sangre  Otro: \_\_\_\_\_.

**ALERGIAS**

Alergias Estacionales  Codeína  Yodo  NSAIDS  Penicilina  Sulfa  Otro: \_\_\_\_\_.

---

**HISTORIA FAMILIAR** ¿Alguno de los miembros de su familia (madre, padre, abuelos, hermanos, tía / tío) ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todo lo que corresponda)

Ceguera - Relación \_\_\_\_\_  Catarata - Relación \_\_\_\_\_

Glaucoma - Relación \_\_\_\_\_  Diabetes - Relación \_\_\_\_\_

Hipertensión - Relación \_\_\_\_\_  Enfermedad cardíaca - Relación \_\_\_\_\_

Accidente cerebrovascular - Relación \_\_\_\_\_  Cáncer - Relación \_\_\_\_\_

Otras enfermedades hereditarias \_\_\_\_\_.

**HISTORIA SOCIAL**

¿Fumas?  Si  No \* En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes por día/semana? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  Si  No \* En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas al día/semana? \_\_\_\_\_.

¿Manejas?  Si  No \* En caso afirmativo, ¿de día o de noche o ambos? \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**Confirмо que toda la información aquí contenida es correcta.**

**Nombre del paciente (letra de imprenta):** \_\_\_\_\_.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_.

**Fecha:** \_\_\_\_\_.



# **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 comuniquen 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 ayudarlo. 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 costas 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 los 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:** \_\_\_\_\_

Form #0828    Back    Rev-15    10/22/2014