

Bienvenido/a a The Landings Eye Care

Por favor llene este formulario lo más precisamente posible. La información que provea será utilizada para ayudar a satisfacer sus necesidades de la mejor manera posible. Una vez haya finalizado, por favor devuelva este formulario a la recepción junto con su credencial de seguro médico y su identificación con foto.

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Nombre de preferencia: _____ Teléfono: _____ Casa/ Trabajo/Móvil

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Sexo: Masculino Femenino Prefiere no contestar ¿Es usted paciente previo? Sí No

Plan oftalmológico: VSP MetLife Eyemed Spectera BlueView Aetna Particular

Número de ID del plan oftalmológico: _____ (si no sabe el número de ID de su plan, escriba su fecha de nacimiento y los últimos 4 dígitos del número de seguro social del titular de la cuenta).

Seguro médico: Tricare Prime Tricare Select Anthem/Blue Cross Cigna Humana Medicare
 Aetna United Health Care Otro _____

Número de ID del asegurado/a: _____

Número de ID del grupo familiar asegurado: _____

Su plan oftalmológico o seguro médico

La mayoría de las pólizas de seguro cubren solo una porción de sus cargos totales. Si tiene preguntas sobre su cobertura, por favor contacte a su representante. No garantizamos la exactitud de la información sobre los beneficios que nos proveen las compañías aseguradoras. Entiendo que seré considerado/a responsable de los servicios que voy a recibir. También entiendo que el momento de pagar por los servicios es al momento de recibir dichos servicios. En la eventualidad de que sea necesario asignar a esta cuenta para cobros o de que se incurra en costos adicionales para saldar alguna deuda previa, acuerdo ser considerado/a responsable por el costo de los servicios de cobro, incluida una tarifa razonable para un abogado. Autorizo el pago de beneficios médicos al doctor/a o proveedor/a de los servicios prestados. Por la presente, autorizo al doctor/a y/o a su personal para divulgar cualquier información requerida para procesar este reclamo.

Firma del paciente, padre, madre o tutor _____ Fecha: _____

Devoluciones y reembolsos

Entiendo que The Landings Eye Care no proporciona ningún reembolso por servicios prestados excepto en el caso de que el paciente haya pagado de más. Entiendo que habrá una tarifa de reabastecimiento del 20% por cualquier devolución en la compra de monturas de anteojos. No hay reembolsos por la compra de los cristales de los anteojos, ya que éstos son hechos a medida para cada paciente y no pueden volver a utilizarse. Los lentes de contacto pueden ser devueltos dentro de los 90 días de efectuada la compra si las cajas se encuentran sin abrir y sin marcas. Entiendo que cualquier ajuste a la prescripción para anteojos deben hacerse dentro de los 30 días de efectuada la compra.

Firma del paciente, padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____



Examen fotográfico de la retina

Un examen retinal es una herramienta de diagnóstico no invasiva que toma una imagen de su nervio óptico, mácula, vasos sanguíneos retinales y tejido retinal. ¿Por qué es necesario? Muchos signos tempranos de enfermedad ocurren y pueden observarse dentro de los ojos, incluyendo la diabetes y la hipertensión. También puede ayudar a detectar de forma más precisa enfermedades oculares, como el glaucoma y la degeneración macular. Sin embargo, no es una alternativa a la dilatación u otras herramientas de diagnóstico.

Animamos fervientemente a todo paciente a hacerse un examen retinal como base para conocer la salud de sus ojos y para monitorear mejor los cambios que puedan producirse con cada año. Este examen no está cubierto por aseguradoras. **El costo de este examen es de \$24 USD.**

Por favor marque alguna de las siguientes opciones:

- Sí, me gustaría hacerme un examen fotográfico de la retina.
- No, prefiero no hacerme el examen fotográfico de la retina.

Consentimiento informado para la dilatación de ojos

La dilatación de las pupilas es la mejor manera de tener un examen ocular completo. El propósito de dilatar sus pupilas es hacer una examinación más exhaustiva de la salud de su retina (el interior de sus ojos). Una serie de gotas son aplicadas en los ojos para dilatar las pupilas. **No se aplican cargos extra por este procedimiento.** La dilatación puede resultar temporalmente en visión borrosa, destellos y sensibilidad a la luz durante dos a seis horas aproximadamente. En la mayoría de los casos, solo su visión de cerca se verá borrosa. En raras ocasiones puede ocasionar enrojecimiento, dolor de cabeza, o visión nebulosa. Lentes de sol le serán procurados para su seguridad y confort.

Por favor marque alguna de las siguientes opciones:

- Sí, quiero que me dilaten los ojos y entiendo los efectos secundarios.
- No quiero que me dilaten los ojos. Entiendo que podría haber enfermedades que no podrán ser descartadas y como resultado, no encuentro responsable a Kelly Nilsson, Doctora en Optometría; Family Eye Care de Columbus Inc; The Landings Eye Care, o sus asociados por cualquier demora en diagnóstico y tratamiento.

Razón por la cual no desea ser dilatado en el día de hoy: _____

Firma del paciente, padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Por favor especifique si usted es prediabético o diabético, podría tener que regresar para un examen diabético. Esto no es parte de un examen de rutina facturado bajo un plan oftalmológico o de visión.

Una multa de \$50 USD será aplicada por turnos perdidos o cancelaciones hechas menos de 24 horas antes de su cita. Esta multa deberá ser abonada antes de programar visitas futuras.



HIPPA: Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud

La ley requiere que Family Eye Care de Columbus haga todo esfuerzo posible por informarle de los derechos relacionados a su información personal de salud. Con la siguiente firma,

- Reconozco que me fue dada la oportunidad de leer, haber leído o haberme sido explicado el aviso de práctica de privacidad de Family Eye Care de Columbus previamente a recibir cualquiera de los servicios ofrecidos. Una copia le será proporcionada para su registro si así lo solicita.
- El aviso de práctica de la privacidad no ha podido ser leído debido a la naturaleza emergente de la visita y será adquirido tan pronto sea posible.

Firma del paciente, padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Autorizo a Family Eye Care de Columbus a compartir mi información personal de salud con los siguientes individuos:

HE LEÍDO Y ENTIENDO LOS TÉRMINOS DE ESTE FORMULARIO. FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

Mi plan oftalmológico requiere que todos los diagnósticos asociados a cualquier condición médica que pueda poseer sean compartidos con ellos. Como divulgación no tradicional, la distribución de esta información requiere mi autorización específica.

Autorizo la distribución de información médica con mi plan oftalmológico.

Firma del paciente, padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Puede que nuestra oficina utilice mensajes de texto o correo electrónico para comunicarse con usted. Si bien esto es conforme con la ley HIPAA, éstos pueden no estar encriptados y no se puede garantizar su completa privacidad. Autorizo el uso de mensajes de texto y correo electrónico.

Firma del paciente, padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Si usted firma en representación del paciente, por favor indique su relación/parentesco. Si usted está firmando por un/a menor de edad, atestiguo que tiene la autoridad legal para tomar decisiones médicas por el/la menor y dar el consentimiento para los tratamientos y cuidado. Por favor indique cualquier otra figura parental, guardián/tutor legal o cualquier otro individuo autorizado/a tomar decisiones médicas por el/la menor.

Firma del representante: _____ Relación con el paciente: _____

Otros individuos autorizados a tomar decisiones legales por el/la menor:

Una vez haya finalizado, por favor devuelva estos formularios a la recepción junto con su credencial de seguro médico e identificación con foto.

