



En Glenwood Eye Care, ofrecemos exámenes oculares integrales. Además de un examen ocular completo, ofrecemos una fotografía visual que puede ser tomada por nuestra cámara ocular. La foto captura muchos componentes vitales de la parte posterior del ojo, como la retina, la mácula y el nervio óptico.

Este no es un requisito para un examen completo de salud ocular, pero es un servicio que brindamos para educar a nuestros pacientes sobre su salud ocular. Permite al médico optométrico explicar la salud ocular con un visual. No es un sustituto de la dilatación.

_____ **Me gustaría que me tomen fotos de la retina. (Este servicio no está cubierto por el seguro. Es un adicional de \$19.99)**

_____ **No me gustaría que me tomen fotos de la retina.**

Información de Asignación Financiera

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud / accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Entiendo y acepto que todos los servicios prestados a mí y cobrados son responsabilidad personal de los pagos oportunos. Entiendo que, si suspendo o doy por terminada mi atención / tratamiento, cualquier cargo por los servicios profesionales que se me brinden se pagará de inmediato.

Inicial abajo:

_____ Como cortesía a nuestros pacientes, nos da placer en expediente su seguro para usted. También es su responsabilidad de darnos su seguro actual de médico y visión que tiene en uso ahora cuando está citando su cita. Si nosotros no tenemos su seguro actual que tiene ahora le vamos a cobrar por la consulta sin importar su estado de seguro. Debe comprender y aceptar que (independientemente del estado del seguro), USTED es responsable de la cuenta. Es su responsabilidad darnos su información de seguro actual.

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad (APP)

Por favor, marque uno a continuación:

_____ **Sí, he leído o me han explicado en esta oficina el APP y deseo continuar con mi cuidado bajo dichos términos.**

_____ **No, no he leído el APP de esta oficina, pero se me dio la oportunidad de leerlo y rechazarlo. Deseo continuar mi cuidado bajo dichos términos.**

_____ **El APP no se pudo leer debido a la naturaleza emergente de la atención necesaria.**

Entiendo que el pago se debe en el momento de los servicios prestados.

**** Se agregará una tarifa de \$25.00 a todos los cheques devueltos.**

****Se agregará una tarifa de \$25.00 cuando tiene una cita y no vine a tal cita.**

****Yo entiendo que ahí una tarifa de \$25 para verificar todas las prescripciones de lentes hechos afuera de nuestro óptico**

Firma para los términos anteriores: _____ **Fecha** ____/____/____

POR FAVOR COMPLETE EL LADO DE ATRÁS

Formulario de Consentimiento del Paciente de Conformidad con HIPAA

Actualizado 9/6/2024

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted se asegura de que, mediante su firma, haya revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar; Si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha. Usted tiene el derecho de restringir la forma en que se utiliza y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

PACIENTE: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ # de Teléfono _____

Dirección de correo: _____ Ciudad _____ Calle _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____ Seguro Social _____

☐ Autorizo la divulgación de mi información de salud, incluidos el diagnóstico, los registros, el examen y la información de recetas, o los materiales (incluidos los lentes y los contactos). Esta información puede ser divulgada a los siguiente:

_____ Madre de Paciente Telefono: _____

_____ Padre de Paciente Telefono: _____

_____ Esposo/a Telefono: _____

_____ Hijos Telefono: _____

_____ Otro Telefono: _____

☐ Mi información no puede ser revelada a nadie.

Esta divulgación de información estará vigente hasta que yo la termine por escrito o hasta que se llene un nuevo formulario.

Ordenes de Lentes y Contactos

SI o NO Pueden dar mis lentes o lentes de contacto a los contactos mencionados arriba O a cualquier persona que haya enviado para recoger mis lentes o contactos, en caso de que no pueda hacerlo.

SI o NO Yo llamare para verbalmente agregar a cualquier persona que NO esta en la lista de arriba para recoger PRESCRIPCIONES de lentes, lentes de contactos, Medicaciones, o información protegida de salud en caso de que no pueda hacerlo. Yo doy permiso de agregar a tal persona en mi HIPAA

☐ Nadie más que yo puede recoger mis lentes o lentes de contacto. Y nadie mas puede ser agregado a esta forma a menos que complete una forma nueva.

Mensajes y Correspondientes

Si no puede alcanzarme, me puede:

SI o NO Dejar un mensaje / correo de voz y/o intentar contactarme a través de los contactos mencionados anteriormente y Enviar recordatorios de citas?

Firma _____ Fecha ____/____/____

Firma de Guardian (si es menor de 18) _____