

## **Para Nuestros Pacientes**

Quisiéramos agradecerles por darnos la oportunidad de ser su especialista de la visión. Estamos comprometidos en proveerle un servicio de alta calidad. Para realizar un nivel de excelencia, necesitamos proveerle información de lo que necesitamos de usted.

**Le pedimos que se prepare para una espera estimada de tres (3) horas para su cita.**

Durante este tiempo nuestros técnicos revisarán su historial médico, realizarán dilataciones, pruebas y estará conociendo a su doctor.

Le agradecemos su paciencia y comprensión.

Sinceramente,

El Equipo Gerencial de Medical Eye Associates

## **Bienvenidos a Nuestra Oficina**

Fecha: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social # \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (Nombre Preferido)

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, y Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfonos

Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Conyugue: \_\_\_\_\_ Teléfono#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Patrono: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### **Información del Seguro Medico**

**Seguro Médico Primario:** \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado Principal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Membresía: \_\_\_\_\_

**Seguro Médico Secundario:** \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado Principal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Membresía: \_\_\_\_\_

### **Contacto de Emergencia**

En el evento de una emergencia, por favor comuníquese con: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de familia/conocido que NO resida con usted: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### **NOTA: TODO PAGO ES HECHO EN EL MOMENTO DE SERVICIO**

- Yo, certifico que la información es correcta. Yo, autorizo el relevo de información médica necesaria con el propósito de obtener los pagos correspondientes. Yo, autorizo los pagos de seguro médico que sean hechos a Medical Eye Associates para todo servicio servido en Medical Eye Associates.
- Yo entiendo que el Seguro médico es un contrato entre dos partes, mi aseguranza y yo. Entiendo de que soy responsable por referidos requeridos, copagos, coseguro, y deducibles. En el evento de no obtener lo necesario seré responsable por el total de los servicios adquiridos.
- Yo autorizo este formulario para uso de propósitos del seguro médico. Entiendo que soy responsable por mi factura. Al igual que autorizo copias de este formulario para propósitos del seguro médico.
- Yo entiendo que estoy sujeto(a) a una **penalidad de \$50 (cincuenta dólares) por no cancelar en un periodo de 48-24 horas** antes de la cita o no venir a la cita sin aviso. Una **penalidad de \$100 (cien dólares) por no cancelar en un periodo de 48-24 horas si es en un Sábado** antes de la cita o no venir a la cita sin aviso.
- Yo entiendo que estoy sujeto(a) a una **penalidad de \$200 (doscientos dólares) por no cancelar en un periodo de 48-24 horas** antes de una cita de Laser/Cirugía o no venir sin aviso.

Firma de Paciente/Tutor Legal (Firma registrada para autorización de pago)

Fecha

**NOTA: NOTA: CUALQUIER SALDO NO PAGADO DE VISITAS ANTERIORES O CARGOS NO PERMITIDOS/SERVICIO NO CUBIERTO DEBE PAGARSE EN COMPLETO HOY.** Solicito que los beneficios autorizados de Medigap (si corresponde) se realicen en mi nombre a Medical Eye Associates. Autorizo a Medical Eye Associates a comunicarse con State Ins. Comisionar en mi nombre en qué estado se domicilia mi compañía de seguros para cobrar su pago. FIRMAR ESTE FORMULARIO CERTIFICA SU ACUERDO CON TODAS LAS DECLARACIONES ANTERIORES. Si no está de acuerdo con alguna declaración, discútalala con nosotros antes de firmar.

**Aviso Anticipado de la responsabilidad del paciente por servicios no cubiertos**

**NOTA:** Si es necesario una prueba de refracción para determinar una receta para sus anteojos una cuota de \$40.00 se aplica en el momento de la visita. Esta prueba está cubierta por el seguro de visión solamente. **El examen de refracción no está cubierto por el seguro médico.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\*\*\*\*

**Gotas**

Con el fin de realizar una evaluación complete de la salud de sus ojos, a veces es necesario dilatar las pupilas con gotas para los ojos. Le informamos de la posibilidad de disminución significative de la visión después de la dilatación y conducción de automóvil puede ser difícil.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Relevo de Información del Paciente Autorización**

Por favor enliste los nombres de las personas autorizadas a recibir información de Medical Eye Associates, Doctors Surgery Center, and American Optical con referencia a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico por otros intereses que no sea relacionado con su tratamiento y pago. Cuando la(s) persona(s) autorizadas que pidan su información deben presentar una identificación con foto. Cuando estas personas pidan sus archivos médicos **por teléfono deben tener consigo su nombre, número de teléfono, fecha de nacimiento** y seguro social para verificación. Estos nombres autorizados permanecerán archivados hasta que usted solicite su eliminación.

**Nombre**

**Relación con Paciente**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del Paciente**

**Fecha**

**Nombre del Paciente**

**Acct#:** \_\_\_\_\_

## **Asignando el Relevo de Información Medica / Quirúrgico**

Yo, \_\_\_\_\_ irrevocablemente asigno la transferencia de pagos y/o beneficios médicos de los cuales estoy sujeto proveídos por el Doctor Mont J. Cartwright, M.D. y el Doctor Wissam Hadri, D.O. Conforme a que comuniquen con la aseguranza, grupo de aseguranza, Medicare, Medicaid, aseguranza automovilística, otra cobertura para autorizar beneficios monetarios hacia los servicios citados a los proveedores mencionados. Esta asignación se honrará en unión a herederos, ejecutores y administradores.

Yo, entiendo que seré responsable en totalidad por cualquier balance que no sea cubierto a través de deducibles, coseguros, copagos o servicios no cubiertos.

Yo, autorizo el relevo de información médica al seguro médico con el propósito de cubrir reclamos médicos por los servicios proveídos por los proveedores mencionados anteriores.

Yo, autorizo el relevo de expedientes médicos a proveedores a los cuales soy referido al igual que el doctor primario/cabecera, en el evento de que sean solicitados.

Toda foto tomada en la propiedad de Medical Eye Associates podrían ser utilizadas para el propósito de autorización para el seguro médico, propósitos educativos y/o publicaciones. Fotos originales no pueden ser relevadas. Esto autoriza, que Yo certifico el consentimiento de que me tomen fotos en movimiento o no y que pueden ser utilizadas. Fotos con un propósito pueden servir para propósitos múltiples incluyendo publicidad y mercadeo. Copia de este documento es servible tanto como el original.

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/o Autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Testigo Presenciado**

## **Terminología de Asegurancia para el Paciente**

Proveedor Participante:	Cualquier doctor que acepte el admisible de Medicare (No el pago de Medicare) como el monto del pago.
Admisible de Medicare:	La cantidad que Medicare permite que el proveedor colecte, puede ser igual o más que el precio actual del proveedor.
Pago de Medicare:	Medicare paga por 80% del costo admisible después que el deducible es cubierto. Para 2025, el deducible es \$257.
Deducible de Medicare:	Medicare requiere que el deducible anual de \$257 sea cubierto por el paciente.
Copago de Medicare:	El copago de Medicare es el 20%, la cual no es cubierto por Medicare. Cuando el deducible es completado entonces el paciente es responsable por 20% de los cargos.
Gastos fuera de su Bolsillo:	Medicare requiere que el paciente sea responsable por el deducible de \$257 y el 20% tan pronto el deducible es completado.
Seguro Complementario:	El paciente puede comprar por separado una póliza complementaria que cobra el deducible y copago de Medicare. Todo depende de la póliza de ese Seguro complementario que el paciente elija.

---

**Firma del Paciente/Tutor Legal**

---

**Fecha**

Estimado Paciente,

Para su comodidad y seguridad, estamos introduciendo un servicio computarizado de prescripción que mejorara tanto la precisión como la conveniencia de prescribir la medicación. Este programa permitirá la transmisión electrónica de la mayoría de sus recetas directamente a su farmacia de elección y eliminará el tiempo de espera. En la mayoría de los casos, también acomodara la transmisión de su receta a las farmacias de pedido por correo.

Para implementar este nuevo programa necesitamos recopilar alguna información de usted en las farmacias de su elección. Definiremos una farmacia como su farmacia principal, sin embargo, también puede proporcionar la información para diferentes farmacias que se utilizaran como alternativa. Además, si usted tiene un programa de beneficios por correo, por favor proporcione esa información seleccionando el cuadro apropiado a continuación.

Entendemos que usted tal vez no tenga la información complete de la farmacia con usted. Hoy, por favor, proporcione cualquier información posible con respecto a la ubicación (calle, ciudad, teléfono y fax), ya que cualquier información proporcionada será útil.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Farmacia Principal**

**Nombre** (i.e. CVS, Walgreens, etc.): \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Numero de Fax:** \_\_\_\_\_

**Farmacias Adicionales**

**Nombre** (i.e. CVS, Walgreens, etc.): \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Numero de Fax:** \_\_\_\_\_

**Nombre** (i.e. CVS, Walgreens, etc.): \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Numero de Fax:** \_\_\_\_\_

Medco     CareMark     Express Scripts     Pharmacare     Otra

**Por favor enliste sus alergias:** \_\_\_\_\_