

Kind Eyecare: Registro confidencial de pacientes

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Apellido ,Primer Nombre, Inicial Del Segundo Nombre (mm/dd/aaaa)
 Estado civil: _____ **Género:** Masculino Femenino Transgénero
 Dirección de casa: _____
 # de teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____
 Dirección de correo electrónico: _____
 Cómo se enteró de nosotros? _____
 Raza: Asiático __ Negro __ Blanco __ 2 o más __ Otro _____ Etnia: Hispano _____ No hispano _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____
 Dirección de la oficina: _____

Nombre del seguro médico primario: _____ # de identificación: _____
 Información del suscriptor (**omita si es propio**):
 Nombre: _____ Empleador: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
 Teléfono del trabajo: _____

Seguro médico secundario: _____ Número de identificación: _____
 Información del suscriptor (**omita si es propio**):
 Nombre: _____ Empleador: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
 Teléfono del trabajo: _____

Compensación para trabajadores (si corresponde):

Nombre del seguro: _____ Fecha de la lesión: _____
 Dirección de la compañía de seguros: _____
 Ajustador de reclamaciones: _____ # De teléfono: _____
 # De reclamaciones: _____
 Empleador (en el momento del accidente): _____
 Dirección del empleado: _____
 Contacto del empleador: _____ Número de teléfono: _____

"Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a mí o en mi nombre a KLH eyes LLC por cualquier servicio que me brinde un médico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a los centros de servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados ". "Autorizo a KLH Eyes LLC y sus agentes de facturación a presentar reclamaciones en mi nombre a mi compañía de seguros, y el pago de los beneficios del seguro se paga a KLH Eyes LLC. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar de mi firma original y autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica o sus agentes u otras compañías de seguros cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos según se indica en HIPAA. Seré totalmente responsable del pago si el seguro niega el reembolso. Además, seré responsable del pago de las tarifas en caso de que no haya proporcionado la información más actualizada de mi seguro en cualquier visita ".

Firma del paciente y / o tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
 Apellido ,Primer Nombre, Inicial Del Segundo Nombre (mm/dd/aaaa)

Historial ocular del paciente (responda Sí o No si el paciente tiene esta afección):

Catarata (s): _____ Glaucoma: _____ Degeneración macular: _____ estrabismo o giro de los ojos: _____
 Enfermedad de la córnea: _____ Queratocono: _____ síndrome de ojos secos: _____ desprendimiento de retina: _____

Historial médico del paciente (responda Sí o No si el paciente _ene esta afección):

Condición neurológica: _____	Enfermedad cardíaca: _____	Diabetes Mellitus: _____
Accidente cerebrovascular: _____	Afección hepática: _____	Presión arterial alta: _____
Dolor de cabeza: _____	Afección renal: _____	Colesterol alto: _____
Afecciones de oído / nariz / garganta: _____	Afección urinaria: _____	Trastorno hemorrágico: _____
Alergias estacionales / todo el año: _____	Enfermedad de la tiroides: _____	Ansiedad / Depresión: _____
Asma o afecciones respiratorias: _____	Cáncer: _____	Condiciones autoinmunes: _____

Alguna vez ha estado hospitalizado o se ha sometido a una cirugía? Y cuando? _____

Fuma / usa tabaco? _____ Consume bebidas alcohólicas? (circule uno) Ninguno / Ocasional / Diario / Semanal

Médico remitente: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección de la farmacia: _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando (cualquier receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y minerales o suplementos nutricionales a base de hierbas / dietéticos), incluida la dosis, la frecuencia y la vía (es decir, gotas para los ojos o por vía oral):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Es usted alérgico a algún medicamento? Sí / No En caso afirmativo, cuál fue y la reacción: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Miembros de la familia / representante usted está autorizando su información médica y financiera protegida:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma del paciente y / o tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
 Apellido ,Primer Nombre, Inicial Del Segundo Nombre (mm/dd/aaaa)

Citas: Las citas varían en duración, por favor permita al menos 1½ horas para la visita. Los pacientes se dilatan al menos una vez al año. Después de la dilatación, el paciente puede experimentar sensibilidad a la luz y dificultad para leer durante algunas horas, así que solicite un conductor según sea necesario. Traiga una licencia de conducir / identificación y todas las tarjetas de seguro correspondientes.

Exámenes médicos: los pacientes que estén experimentando un problema médico en los ojos, que hayan tenido un acirugía ocular previa o que tengan una enfermedad sistémica (como diabetes, parálisis de Bell, hipertensión, etc.) requerirán un examen médico que se facturará al seguro médico. Los exámenes médicos no incluyen anteojos (refracción) ni prescripción de lentes de contacto.

Exámenes de la vista de rutina: no participamos con seguro para la vista. Si lo desea, la visita será de pago propio.

Refracción: La refracción es una prueba para generar una prescripción de anteojos. La prescripción de anteojos no es parte del examen médico. La mayoría de los planes de seguro no cubren la refracción. La tarifa de refracción de \$50.00 se cobra al momento del servicio.

Evaluación de lentes de contacto: se necesita una evaluación de lentes de contacto para generar una prescripción de lentes de contacto; es adicional al examen de la vista y lentes de contacto. Si un paciente solicita una receta de lentes de contacto, pregúntele a un miembro de nuestro personal o visite KindEyecare.com para obtener más detalles.

Copagos / Coseguro / Deducibles: los pacientes son responsables de todos los copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de débito y crédito. El paciente será responsable de todas las tarifas relacionadas con un cheque devuelto por fondos insuficientes.

Colecciones: Todos los saldos vencidos más allá de los 90 días se enviarán a nuestra agencia de cobranza usted. Usted será financieramente responsable de todos los cobros y honorarios legales en los que incurre nuestra oficina para cobrar el saldo pendiente.

Cancelación: solicitamos que los pacientes llamen y cancelen / reprogramen su cita con al menos 24 horas de anticipación para permitir que otros pacientes tengan la oportunidad de ser atendidos y acomodar una cita de emergencia.

Formas o Letras: cualquier formulario o carta que nuestro personal deba completar o dictar no está cubierto por el seguro y puede estar sujeto a una tarifa administrativa de \$ 10.00.

Firma del paciente y / o tutor: _____ **Fecha:** _____