



**AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE BENEFICIOS
Y
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA**

Gracias por seleccionar a Eye Doctors of Arizona para su atención oftalmológica. Creemos firmemente que todos los pacientes merecen de nosotros la mejor atención médica que podamos brindarles. Además, creemos que todos se benefician cuando se acuerdan arreglos financieros definitivos. En consecuencia, hemos preparado este material para familiarizarlo con nuestra política financiera.

POR FAVOR LEA Y FIRME LO SIGUIENTE

1. Autorizo a esta oficina a divulgar o recibir cualquier información necesaria para agilizar las reclamaciones de seguros.
2. Por la presente autorizo a esta oficina a facturar directamente a mi compañía de seguros por sus servicios.
3. Autorizo el pago directo a este médico de cualquier prestación de seguro que de otro modo me correspondería a mí.
4. En caso de recibir el pago de mi compañía de seguros, acepto transferir dicho pago a:
Eye Doctors of Arizona, a quienes se les deben pagar estos honorarios.

Es su responsabilidad comprender sus planes y directrices, e informarnos sobre cualquier requisito especial o cambio en su seguro. Si su seguro requiere una derivación, es responsabilidad del paciente obtenerla antes de la cita y antes de cualquier procedimiento. Sin una derivación vigente, es posible que no podamos brindarle nuestros servicios y que deba reprogramar su cita para otro día.

MÉTODOS DE PAGO ACEPTADOS

Aceptamos pagos de saldos pendientes en efectivo, giros postales, VISA, MasterCard, Discover, Care Credit y American Express.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y/O RECIBIR INFORMACIÓN

El paciente/Responsable autoriza la divulgación, recepción y recepción de toda la información médica relacionada con su tratamiento y atención, a cualquier entidad que sea o pueda ser responsable de los honorarios médicos, o a cualquier organización de revisión profesional asociada. El paciente/Responsable autoriza la divulgación, recepción y recepción de la totalidad o parte de su historial clínico a cualquier otro proveedor de atención médica que, a juicio del médico responsable, pueda ser de ayuda en la prestación de atención y tratamiento médico al paciente, y/o en la obtención de cualquier reembolso o beneficio al que el paciente tenga derecho.

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede utilizarse y se utilizará para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en dicho tratamiento, directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Autorizo la divulgación de información médica al siguiente familiar/tutor: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DILATACIÓN: La dilatación puede ser recomendada por su oftalmólogo durante cualquier examen en la oficina. Muchas condiciones serias y, en ocasiones, que amenazan la visión no pueden diagnosticarse o detectarse de manera precisa sin una dilatación. La dilatación provoca sensibilidad a la luz y visión borrosa de cerca. Generalmente es seguro conducir después de una dilatación, y el paciente asume toda responsabilidad al operar un vehículo motorizado, así como cualquier otra tarea que requiera alta demanda visual mientras esté dilatado.

RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE EXAMEN DE VISIÓN: Mi profesional de cuidado ocular me proporcionó una copia de mi prescripción de lentes y/o lentes de contacto al finalizar mi examen ocular y/o adaptación de lentes de contacto. Los reajustes de lentes y lentes de contacto están cubiertos hasta por 90 días a partir de la fecha del examen original. Después del período de 90 días, se requerirá un nuevo examen ocular.

Nombre del Paciente (en letra de molde) _____

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____



Fecha: _____ Paciente Nuevo: ☐ Si ☐ No Otros miembros de la familia: _____

Nombre de Paciente: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Telefono _____ (Celular/Trabajo) _____ FDN ____/____/____ SS# _____

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Pareja

Referido por: ☐ Doctor ☐ Otro: _____ Correo Electronico: _____

Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____

Ocupacion: _____ Ha estado en esta oficina antes: ☐ Si ☐ No

Nombre de contacto de emergencia: _____ Telefono: _____

Farmacia: _____ Telefono de la farmacia: _____

INFORMACION DEL SEFURO:

Seguro Primario: _____

Seguro Primario: _____

Nombre del asegurado: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado : ____/____/____

Fecha de nacimiento del asegurado : ____/____/____

ID de Poliza: _____

ID de Poliza: _____

Relacion con el paciente: _____

Relacion con el paciente: _____

Salud / Historial Ocular: Cuando fue su ultimo examen ocular? _____

Motivo del examen de la vista: _____

Historial Medico de los Ojos: ☐ Glaucoma ☐ Degeneracion Macular ☐ Otro: _____

Historial quirurgico del ojo: ☐ Si ☐ No Explique: _____

Historial quirurgico general: ☐ Si ☐ No Explique: _____

Historial Medico:

☐ Diabetes ☐ Hipertension ☐ Otro: _____

Altura aproximada: _____

Peso aproximado: _____ ☐ Fumar Tobacco ☐ Consumir Alcohol ☐ Drogas recreativas

Medicamentos: (Indique los medicamentos que toma actualmente)

Es usted alergico a algun medicamento? ☐ Si ☐ No Por favor enumere: _____

Esta embarazada o amamantando? ☐ Si ☐ No