



Vision Care Optometry of Hanford

Tracey H. Nguyen O.D.

Jeffrey W. White O.D.

Información del paciente

Fecha: _____ SSN #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección de envío: _____

Código postal: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Idioma preferido: _____

Empleador / escuela: _____ Teléfono: _____

Dirección comercial: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Información del pago

Adulto responsable de la cuenta: Nombre _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Habla a: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Seguro de la vista: **Primario** **Secundario**

Nombre del asegurado: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

SSN #: _____ Nombre del seguro: _____ SSN #: _____ Nombre del seguro: _____

Nombre del empleador: _____ Nombre del empleador: _____

Seguro Médico **Primario** **Secundario**

Nombre del asegurado: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

SSN #: _____ Nombre del seguro: _____ SSN #: _____ Nombre del seguro: _____

Nombre del empleador: _____ Nombre del empleador: _____



Vision Care Optometry of Hanford

Tracey H. Nguyen O.D.

Jeffrey W. White O.D.

Salud Ocular

Fecha del último examen de la vista: _____ Nombre del médico anterior: _____

Historial de enfermedades oculares: No Sí, explique: _____

Historial de lesiones oculares: No Sí, explique: _____

Historial familiar de enfermedades oculares: No Sí, explique: _____

Alergias: ninguna Sí, por favor explique: _____

¿Usa los anteojos/lentes actualmente?: No Sí, si es así, cuántos años tiene su par actual _____

Son para Distancia de lectura Ambos

¿Ssa lentes de contacto?: No Sí,

si es así, cuántos años tiene su par actual _____

¿Cuál es la marca de contactos que usa actualmente? _____

Por favor marque todos los que apliquen:

- | | | | |
|------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------|
| Hipertensión: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |
| Presión arterial alta: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |
| Diabetes: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |
| Colesterol alto: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |
| Glaucoma: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |
| Cáncer: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |
| Tiroides: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |
| Asma: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |
| Otro: | <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Miembro de la familia | Relacion con el paciente _____ |

Atención primaria

Nombre del médico: _____

Ciudad y Estado _____ Número de teléfono: _____



Vision Care Optometry of Hanford

Tracey H. Nguyen O.D.

Jeffrey W. White O.D.

POLÍTICA FINANCIERA

Si sus gastos de atención médica son pagados en parte por una compañía de seguros, esta oficina requiere que pague los deducibles o copagos en el momento en que se prestan los servicios. Le facturaremos a su plan de seguro la parte de las tarifas que cubre su seguro. Sin embargo, si no estamos contratados o somos un proveedor participante con su seguro, nuestra política dicta que el pago se realice en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. El Dr. Nguyen y Dr. White es proveedor's participante con Medicare y varios otros planes de seguro. Nuestros personal estarán encantados de discutir esos planes con usted.

Se requiere una copia de la tarjeta de su seguro al momento de su primera cita y en cualquier momento que su seguro cambie por cualquier motivo. Esta información se guardará en su archivo médico. Nuestra oficina le facturará directamente a su plan de seguro como un servicio, pero no como sustituto de su responsabilidad principal de pago. Los honorarios que no paga su seguro son responsabilidad del paciente. Recibirá un estado de cuenta cuando haya un saldo adeudado. Se espera que todos los saldos de los pacientes se paguen dentro de los treinta (30) días de los servicios. Se agregará una tarifa de estado de cuenta de \$ 2.50 a todos los estados de cuenta que no se paguen dentro de los treinta (30) días, además del cargo de servicio del 1.5% por mes. Habrá un cargo de servicio de \$ 30.00 por todos los cheques devueltos y cualquier cita rota o cancelada el día de.

Fuera de la oficina requiere medio depósito (50%) para ordenar anteojos o lentes de contacto. Al recibir su depósito, su pedido será procesado. En cualquier momento que el paciente decida cancelar el pedido una vez que esté en el laboratorio, el paciente será responsable del costo del laboratorio. Habrá un cargo de \$ 20 por refracciones que no estén cubiertas por su seguro.

Recuerde que los servicios médicos se prestan a cada paciente a solicitud del paciente; por lo tanto, cada paciente es responsable ante nosotros por el pago. La solicitud de métodos de pago alternativos se revisará de forma individual. En un esfuerzo por asegurar que nuestros pacientes reciban la atención necesaria que necesitan, se considerarán todas las opciones financieras antes de que se les presten los servicios.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su seguro o su cuenta, llame a nuestra oficina (559) 584-1630. Estaremos encantados de ayudarlo de cualquier manera.

He leído la política anterior y acepto cumplir con sus disposiciones. Entiendo que si estoy cubierto por un plan de seguro, su oficina facturara directamente para convencerme, pero que seguiré siendo personalmente responsable de todos los cargos por los servicios prestados hasta que se paguen en su totalidad.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: __ / __ / ____



Vision Care Optometry of Hanford

Tracey H. Nguyen O.D.

Jeffrey W. White O.D.

Formulario de consentimiento de paciente de cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información de salud protegida.

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma que, con su firma, ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos de la notificación pueden cambiar, de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se usa 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 con este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago ou 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. Tiene derecho a 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 divulgarse o usarse para tratamiento, pago o operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones completas cesarán.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento tras la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarlo, enviarle un correo electrónico o enviarle un mensaje de texto para confirmar citas? SI NO

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático en casa o en su teléfono celular? SI NO

¿Podemos discutir su condición médica con algún miembro de su familia? SI NO

En caso afirmativo, indique los miembros permitidos:

Este consentimiento fue firmado por:

(NOMBRE DE IMPRESIÓN POR FAVOR)

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____