



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Correo Electronico*: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social.: _____ - _____ - _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Movil: _____

Sexo del Paciente: Masculino Masculina Otro: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viuda(o)

Dirección Permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Local (si no es permanente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Relación: _____ Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA No Tengo

Doctor: _____ Teléfono: _____

REFERIDO POR

Doctor: _____ Familia/Amigo: _____

Seguro Internet/Google Facebook/Instagram Otro: _____

INFORMACIÓN DE PAGO: Se espera el pago de visitas de pago propio, copagos y deducibles cuando se prestan los servicios, a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. ¿Cómo pagará los servicios de hoy?

Efectivo Cheque MC Visa AMEX DSC Apple Pay Google Pay

AUTORIZACIÓN DEL SEGURO: 1. Por la presente, autorizo a los médicos de Retina Consultants of Orlando a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad, accidente y/o tratamientos y, por la presente, asigno irrevocablemente a los médicos antes mencionados todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí o a mi dependientes 2. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. 3. Por la presente, también lo autorizo a obtener copias de mis registros médicos de otros médicos si es necesario. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan eficaz y válida como el original.

Firma de Paciente X _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR/DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Debido a las **Leyes de Privacidad de Cumplimiento de HIPAA del Gobierno Federal**, es obligatorio que le pidamos que revise y responda las siguientes preguntas que se enumeran a continuación.

Nombre: _____

¿Podemos dejar mensajes/información médica detallada en el correo de voz en cualquiera de estos números de teléfono?

Teléfono de Casa Si No Teléfono Móvil Si No

¿Tiene alguna persona o familiar en particular que autorice para recibir y discutir información sobre su información de salud personal (información general, quirúrgica y de facturación)?

Si No En caso afirmativo, proporcione:

Nombre: _____ **Relación:** _____

Número de teléfono: _____ Número Alternativo: _____

¿Es esta persona su poder notarial para fines médicos? Si No

Nombre: _____ **Relación:** _____

Número de teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Número de teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Número de teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Nombre: _____ **Relación:** _____

Número de teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Por la presente, autorizo a Retina Consultants of Orlando a obtener o divulgar toda la información pertinente sobre mi atención médica, según sea necesario, para ayudar en mi tratamiento continuo hacia o desde otros proveedores de atención médica, laboratorios, instalaciones de radiología u otras instituciones. **Esta autorización permanece vigente hasta que sea revocada.**

He revisado la información antes mencionada y brindo mi consentimiento con respecto a todos y cada uno de los asuntos mencionados anteriormente.

He revisado el Aviso de política de privacidad de HIPAA de Retina Consultants of Orlando. Se me proporcionará una copia de esta política si la solicito.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ATESTIGUADO POR: _____



RETINA CONSULTANTS
of Orlando

RETINA CONSULTANTS OF ORLANDO
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Efectivo el 1 de Abril de 2003

Tiene nuestro compromiso y compromiso de proteger su información médica. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es muy personal. De hecho, la ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y proporcionarle un Aviso de prácticas de privacidad, que describe:

Cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

La ley nos exige que tengamos su autorización por escrito antes de que usemos o divulguemos su información médica para otros fines que no sean proporcionar o coordinar su atención médica, el pago o reembolso de la atención que le brindamos y la administración relacionada. actividades que apoyan su tratamiento.

Es posible que ciertas leyes nos exijan o permitan que usemos y divulguemos su información médica para otros fines sin su autorización.

También tiene derechos importantes, que incluyen:

- El derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida (PHI) que mantenemos sobre usted
- El derecho a solicitar restricciones de su información médica protegida (PHI)
- El derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa
- El derecho a solicitar una enmienda de la información médica protegida (PHI)
- El derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos realizado de su información médica protegida (PHI)
- El derecho a presentar una queja si siente que se han violado sus derechos

Tenemos disponible un Aviso detallado de prácticas de privacidad que explica detalladamente sus derechos y nuestras obligaciones conforme a la ley. Tenga en cuenta que podemos revisar nuestro Aviso de vez en cuando y una copia está disponible llamando a nuestra oficina.

Tiene derecho a recibir una copia de nuestro Aviso más actual en vigor o, si tiene alguna pregunta, inquietud o queja sobre el Aviso, comuníquese con nuestra Oficial de Privacidad, Dr. Jose Echegaray 407-637-2096. Usted no será penalizado por presentar una queja.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que la información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente
- Obtenga el pago de terceros pagadores
- Realizar operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido un resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad de Retina Consultants of Orlando, pero sé que puedo comunicarme con su Oficial de Privacidad para obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad detallado que contenga una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mi restricción solicitada, pero si está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____



RETINA CONSULTANTS of Orlando

DIVULGACIÓN DE PRÁCTICAS FINANCIERAS

Bienvenido a Retina Consultants of Orlando. Nuestra práctica participa en muchos planes de seguro médico. Si somos proveedores participantes de su plan, presentaremos la reclamación en su nombre. Si su plan no cubre los servicios prestados por nuestros médicos, se espera el pago total en el momento de su visita. Aceptamos efectivo, cheques, la mayoría de las principales tarjetas de crédito y Care Credit. Asegúrese de proporcionarnos su(s) tarjeta(s) de seguro más actualizada(s) en cada visita y avisenos de cualquier cambio. Muchos planes de seguro ya no usan el número de seguro social como la identificación del paciente y han cambiado a usar la identificación del empleado como el número de suscriptor. Si no es el titular principal de la tarjeta, asegúrese de proporcionarnos el número de identificación de suscriptor (empleado) correcto en el momento de su visita.

Todos los planes de seguro con los que tenemos contrato requieren que proporcionemos el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, número de seguro social y domicilio completo. Si no se siente cómodo brindándonos esta información, le enviaremos una factura para que pueda presentar su propio reclamo con su plan de seguro. Si elige presentar el reclamo usted mismo, el pago completo deberá realizarse en el momento del servicio.

Copagos/Coseguro/Deducibles: Si su plan requiere que pague un copago, deducible o coseguro, debe pagar en el momento en que se prestan los servicios.

Pacientes que pagan por cuenta propia: Se espera que los pacientes sin seguro paguen en el momento del servicio por toda la atención brindada.

Autorizaciones/Referencias: Muchos planes de seguro requieren una remisión/autorización para visitas al consultorio y/o procedimientos. Deberá obtener esta remisión/autorización de su médico de atención primaria o médico remitente antes de ser atendido en nuestra oficina. Si va a someterse a una cirugía, lo ayudaremos a obtener una precertificación o aprobación previa para su procedimiento.

Servicios no cubiertos: en ocasiones, podemos prestar un servicio que no está cubierto por su plan de seguro. Hacemos todo lo posible para informarle de esto con antelación. Todos los servicios no cubiertos vencerán y serán pagaderos por usted mediante notificación de su compañía de seguros.

Servicios fuera de la red: durante el período de transición asociado con el inicio de una nueva práctica, haremos todo lo posible para trabajar con su compañía de seguros para obtener autorización para su atención con los mismos beneficios dentro de la red que tiene actualmente. En la mayoría de los casos, esto no es un problema y su compañía de seguros nos permitirá tratarlo como si fuéramos un proveedor dentro de la red. Si hay una instancia en la que esto no es posible, haremos los ajustes necesarios para que no se le cobre nada más que si hubiera consultado a un proveedor dentro de la red. Tenga en cuenta que estamos haciendo todo lo posible para participar con los principales pagadores de nuestra región. Desafortunadamente, el proceso a veces puede ser largo. ¡Te mantendremos informado!

Planes de Cuidado de Salud a Bajo Precio/Intercambio de Atención Médica: Si tiene un Plan de Cuidado de Salud a Bajo Precio, usted es responsable de pagar las primas de su seguro de salud de manera oportuna. La falta de pago de las primas de su seguro resultará en la terminación de sus beneficios. Si su seguro es cancelado por falta de pago de su prima, usted será responsable por el monto de la factura por los servicios prestados por nuestros médicos. Esta cantidad será pagadera en su totalidad previa notificación.

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago de mi contrato de seguro es correcta. Autorizo a cualquier titular de mi información personal, ya sea médica o de otro tipo, a divulgar a terceros pagadores (incluidos Medicare, Medicaid y otras partes) la información necesaria para procesar reclamos de beneficios de atención médica. Solicito que se pague el pago de los beneficios de atención médica autorizados y asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico u organización que brinda los servicios. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por la compañía de seguros, y por la presente garantizo el pago oportuno en su totalidad de dichos cargos.

Al firmar a continuación, reconoce que ha leído y comprende completamente nuestra Política financiera.

X _____
Firma del Paciente Fecha Firmado

Relación con el paciente (si está firmado por un representante personal del paciente): _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR/DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica de:

Nombre de la persona/organización que divulga la información	
Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal
Numero de Telefono// Numero de Fax	

Para divulgar mi información a:

Retina Consultants of Orlando	
Nombre de la persona/organización que divulga la información	
616 E Altamonte Dr Ste 101, Altamonte Springs, FL 32701	
Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal
(407) 637-2096/(407) 637-2097	
Numero de Telefono// Numero de Fax	

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:

Expediente Médico Completo

Expedientes médicos para fechas específicas de servicio (enumere) de _____ a _____

Otro (por favor enumere) _____

Esta autorización permanecerá vigente hasta que la información haya sido enviada según lo solicitado.

DERECHOS DEL PACIENTE:

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la dirección que figura a continuación. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya se haya utilizado o divulgado, pero será efectiva en el futuro. Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Cualquier información recibida por esta oficina para nuestro propio uso seguirá estando protegida por la Regla Federal de Privacidad (HIPPA). Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se usará o divulgará según se describe en este documento mediante notificación por escrito. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado a la firma.

X _____ X _____
Nombre Impreso del Paciente o Representante Personal Firma de la Paciente o Representante Personal Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal (adjunte la documentación necesaria)

Fecha de envío: _____ Por: _____ A Través de: _____