



Vision & Lasik Center

REGISTRACIÓN DE PACIENTE

Fecha _____

Nombre _____ M F Edad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Telefono _____

Fecha de Nacimiento _____ Num. Seguro Social _____

Estado Civil _____ Referido Por _____

Empleo/Ocupación _____ Ciudad _____ Estado _____

Telefono de Empleo _____

Nombre de Esposo/Esposa _____ Fecha de Nacimiento _____

Num. Seguro Social de Esposo/Esposa _____

Empleo de Esposo/Esposa _____ Ciudad _____ Estado _____

Telefono de Empleo _____ Celular _____

Menor de 18

Nombre de Padre _____ Fecha de Nacimiento _____

SS# _____ Empleo _____

Telefono Trabajo/Celular _____ Telefono (Casa) _____

Nombre de Madre _____ Fecha de Nacimiento _____

SS# _____ Empleo _____

Telefono Trabajo/Celular _____ Telefono (Casa) _____

Nombre de Medico Primario _____ Telefono _____

NOTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Nosotros, en **Prado Vision & Lasik Center**, somos requeridos por ley a mantener la privacidad y proveemos a todos individuales con esta notificación de nuestros servicios legales y practicas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene cualquier objeción para esta forma, por favor pida hablar con nuestro oficial de HIPPA en persona o llamar nuestro número de teléfono principal, 931-0500.

PETICIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MEDICA

Yo, _____, autorizo que la siguiente persona o personas hablen con Prado Vision & Lasik Center respecto a mi cuidado, tratamiento, diagnostico o pronostico. Por favor note que la información no será hablada con nadie aparte de éstos listados abajo.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación para paciente: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación para paciente: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Iniciales de Testigo: _____

Póliza Financiera

Estamos dedicados a proporcionar el mejor cuidado medico. Necesitamos que nuestros pacientes entiendan el plan de cobro de esta institución.

1. Su obligacion de pago sera cobrada el dia de su cita, a no ser que se haya realizado un arreglo previo. Para su conveniencia aceptamos tarjetas de credito Visa, MasterCard, Discover y tarjetas de cargo a su cuenta bancaria, cheques personales y dinero en efectivo.
2. Por favor tenga presente que su poliza de seguro medico es un contrato entre usted y dicha compañía de seguro. Es su responsabilidad conocer su plan y sus beneficios. Los cargos ocurridos se enviaron a su compañía de seguro medico. Si su compañía de seguro medico no envia el pago de servicios facturados en 90 (noventa) dias tal cuenta se convierte en su responsabilidad. Le re-envolsaremos cualquier cantidad monetaria si recibimos pago en exceso de su compañía de seguro.
3. Para aquellos que estan asociados a un plan medico HMO, PPO u otro su co-pago y deducible seran su responsabilidad el día de su cita.
4. No todas las compañías de seguro cubren todos los cargos incurridos por su membresia. Usted sera responsable por todos los cargos no cubiertos por dicha compañía. El pago debe ser enviado a nuestra oficina cuando usted lo ha recibido. Un costo adicional de \$10.00 sera sumado a su cuenta si usted requiere que le enviemos por correo otra cuenta de los cargos debidos.
5. Un cargo adicional de \$25.00 sera cargado a su cuenta por cada cheque devuelto por su banco.
6. Usted sera responsable por todos los cargos incurridos por un abogado o compañía de cobros para saldar su cuenta.
7. Por favor entienda que una refracción de la vista, (la medida de su vision para la receta de sus lentes) no es un beneficio que la mayoría de compañías de seguro, incluyendo Medicae, extienden a su membresia. El costo de medir la vista es \$40.00 y esta cantidad se cobra el dia de su cita. No enviamos cargos de lentes de contactos o espejuelos a compañías de seguros a no ser que existan contratos de servicios opticos con la compañía de seguros. Estos cargos seran cobrados el día de su cita.

Cancelaciones

Nosotros entendemos que hay veces que no va poder acudir a la cita con su medico. Se requiere por lo menos 24 horas de aviso si no puede acudir a su cita. Esto nos proporciona poder ofrecer esta cita a otro paciente. **Si usted no avisa y no se presenta a su cita sera cargado \$25.00 adicionales.**

Referidos

Es importante que usted presente tarjetas de identificacion de su seguro medico, tambien referidos y autorizacion de su seguro el dia de su cita. Si usted no sabe si necesita una autorizacion de su seguro medico, por favor comuniquese con su seguro antes de su cita para obtener esta informacion.

Yo autorizo que informacion de mi condicion medica e informacion sobre mi seguro se puede transmitir al Health Care Financing Administration, sus agentes, u otras agencias de seguros para determinar los beneficios y para recibir pagos a **PRADO VISION Y LASIK CENTER.**

Yo permito que una copia de esta autorizacion pueda ser usada en vez de la original. Tambien apruebo que los pagos de Medicare y otros seguros sean pagos directamente a **PRADO VISION Y LASIK CENTER.**

Yo sere responsable por todas las obligaciones financieras del paciente.