



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTES

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____ Dirección: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Marque el modo de contacto preferido: Teléfono del hogar: (____)____ Oficina: (____)____

Celular: (____)____ Correo electrónico: _____

N.º de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Raza: _____ Idioma: _____ Etnia: _____ Sexo: masculino

femenino Estado civil: casado soltero divorciado viudo

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (____)____

Médico de cabecera _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre de la aseguradora _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

N.º de seguridad social del

asegurado: _____ Empleador del asegurado: _____

Dirección del asegurado: _____

Teléfono del asegurado: (____)____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la aseguradora _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

N.º de seguridad social del

asegurado: _____ Empleador del asegurado: _____

Dirección del asegurado: _____

Teléfono del asegurado: (____)____

PARTE RESPONSABLE (si difiere de la anterior)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: (____)____ Celular: (____)____

¿CÓMO CONOCIÓ A WILMINGTON EYE?

TV _____ Radio _____ Cartel publicitario _____ Correo _____ Google _____ Sitio web de WECT _____

Sitio web de Wilmington Eye _____ Evento local _____ Guía telefónica _____ Seminario _____

Otro médico _____ Facebook _____ Amigo o familiar _____

(¡Díganos el nombre para poder agradecerle!)

La información proporcionada es precisa y completa: _____

Firma del paciente



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mediante la firma a continuación, reconozco haber tenido la oportunidad de revisar el aviso de prácticas de privacidad de Wilmington Eye.

Nombre del paciente (impresión)	Nombre del tutor legal (impresión)
Firma del paciente (firmar)	Firma del tutor legal
Fecha	Fecha

Indique su elección:

Wilmington Eye puede hablar acerca de mi historia clínica con un representante designado por mí a continuación.

_____, Vínculo _____ Teléfono _____

_____, Vínculo _____ Teléfono _____

O

Prefiero que Wilmington Eye hable acerca de mi historia clínica únicamente conmigo.

Firma del paciente: _____

Doy mi autorización para dejar mensajes sobre resultados de exámenes/diagnósticos positivos en mi contestador automático.

Firma (firmar)

Se debe retener esta página de acuse recibo en el historial del paciente. Si no se puede obtener acuse de recibo del paciente, se deben documentar los motivos a continuación:



Antecedentes Médicos del Paciente y Revisión de Sistemas

Revisión de especies reactivas del oxígeno/antecedentes familiares y sociales	
Fecha	Por
Fecha	Por
Fecha	Por
Fecha	Por
Fecha	Por
Fecha	Por
Fecha	Por

Nombre del paciente: _____ Expediente n.º _____ Fecha _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____

¿Quién es su doctor en medicina? _____ ¿Lo recomendó un médico? _____ En caso afirmativo, ¿quién? _____

Antecedentes médicos

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (tipo, fecha del diagnóstico) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, EPOC, bronquitis crónica)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer (tipo o ubicación) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca (detallar) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta (detallar) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía oftalmológica: Fecha/motivo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra cirugía: Fecha/motivo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas/lesiones _____

Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad infecciosa (TB, sífilis, gonorrea, SIDA, VIH, hepatitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca (infarto, angina de pecho, arritmia, insuficiencia cardíaca, valvulopatía cardíaca, cirugía de bypass)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez, dolor abdominal, diarrea, vómito, debilidad, entumecimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oído, nariz, garganta (pérdida auditiva, sinusitis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad tiroidea (hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Graves)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sanguíneos (anemia, leucemia, problemas de coagulación)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal (úlceras, reflujo esofágico, intestinal)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad genitourinaria (enfermedad renal, diálisis, cálculos renales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de piel (eccema, psoriasis, acné rosácea)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis (reumatoidea, osteodegenerativa), dolor articular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas psiquiátricos (depresión, ansiedad, esquizofrenia, bipolaridad)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos (ACV, convulsiones, parálisis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas respiratorios (falta de aire, jadeo, tos)

ANTECEDENTES OFTÁLMICOS

	Sí	No
Ojo vago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la córnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema ocular por diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____		
Lesión/fecha: _____		
Naturaleza: _____		

ANTECEDENTES FAMILIARES

	Madre	Otros
	Padre	Hermanos
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad retiniana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____		

ANTECEDENTES SOCIALES

(marcar con un círculo)

Estado civil C S D V

Vive solo Sí NO

Tabaquismo Sí NO

Alcoholismo Sí NO

Profesión _____ Jubilado

Pasatiempos _____

MENCIONE SUS MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTOS OFTALMOLÓGICOS:

ALERGIAS:



POLÍTICA DE LA TARIFA DE REFRACCIÓN

¿Qué es la refracción?

La refracción es el proceso que determina el error refractivo en los ojos o la necesidad de utilizar anteojos correctivos o lentes de contacto.

¿Por qué es necesaria a veces?

La refracción a veces es necesaria según el diagnóstico del paciente o las quejas presentadas aquel día. Por ejemplo, si un paciente tiene la vista borrosa o presenta una disminución en la agudeza visual en la tabla optométrica, es necesaria la refracción para establecer si esto se debe a la falta de anteojos o a un problema médico. La refracción también es indispensable para demostrar al seguro la necesidad de una operación de catarata. Debemos demostrar que su visión no se puede mejorar simplemente con anteojos recetados.

¿Mi seguro la cubre?

Como verá, la refracción es una parte esencial del examen oftalmológico; sin embargo, Medicare y la mayoría de las aseguradoras **NO** la cubren.

¿Cuánto cuesta la refracción?

Nuestra política de consultorio es cobrar \$60,00 por este procedimiento, junto con el copago o el deducible de la visita. Esto vence al momento en que se prestan los servicios. Enviaremos la factura a su seguro según los baremos de honorarios contraídos individuales. Si su seguro paga la tarifa, le reembolsaremos con gusto los \$60,00 una vez que hayamos recibido el aviso de parte del seguro.

Nota: Esta tarifa se vence y debe pagarse de todas maneras aunque no reciba una receta escrita de anteojos. A veces el cambio no es lo suficientemente significativo como para justificar el costo de compra de lentes nuevos y, por eso, no se proporciona la receta. La tarifa cubre el tiempo que necesita el auxiliar de clínica o el médico para realizar la refracción.

ACUSE DE RECIBO:

He leído la información anterior y entiendo que la refracción es un servicio que no posee cobertura. Acepto la totalidad de la responsabilidad financiera del costo de este servicio. El copago y el deducible son aparte de la tarifa de refracción y no están incluidos en ella.

Firma del paciente (padre del menor)

Fecha



Política de pago para pacientes

Los médicos y el personal de Wilmington Eye se comprometen a proporcionar la atención de la mejor calidad para nuestros pacientes. Para ello, debemos mantener la excelencia en la clínica, en nuestras oficinas administrativas y los consultorios. Los costos médicos continúan aumentando y los reintegros siguen decreciendo, por eso, nuestra política es gestionar de manera efectiva las cuentas de los pacientes para minimizar los aumentos en los costos que afectan directamente a los pacientes.

El propósito de esta política es proporcionar guías e instrucciones específicas relacionadas con la recolección y la mantención de los datos precisos de los pacientes, la facturación de los servicios prestados y la eficiente actividad de recaudación. Tenga en cuenta que estas instrucciones podrían modificarse periódicamente para garantizar que contemos con protocolos eficientes y adecuados con respecto a las funciones de las oficinas administrativas.

Es la responsabilidad del paciente/padre/tutor conocer los beneficios del plan de su seguro, incluidos los copagos, los coseguros y los deducibles. Archivaremos su seguro, pero tenga en cuenta que el pago de los servicios es exclusivamente su responsabilidad.

Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, VISA®, MasterCard®, Discover® y American Express®

Todos los pagos realizados mediante cheques que no retiren de su cuenta bancaria suponen una tarifa de \$25,00 de cheque devuelto, que se añadirá a su cuenta y deberá pagarse antes de la próxima visita.

Pacientes con saldos

Si tiene un saldo en su cuenta, deberá pagarlo cuando programe una nueva cita o al ingresar. Si necesita un resumen impreso o una explicación de los cargos, con gusto se los brindaremos. Todos los saldos deben pagarse antes de ser evaluado por los médicos de Wilmington Eye.

Identificación de seguro y paciente

La verificación del seguro se debe realizar en cada visita del paciente. Esta incluirá un deducible, coseguro y copago. Si no podemos verificar su cuenta, usted será responsable de todos los cargos al momento del servicio. También, solicitaremos una licencia de conducir vigente para verificar la identidad del paciente y los datos domiciliarios.

Tarifa de refracción

La refracción es el proceso que determina el error refractivo en los ojos o la necesidad de utilizar anteojos correctivos o lentes de contacto. Medicare y muchas otras aseguradoras NO cubren el costo de la refracción. ***Nuestra tarifa de refracción es \$60,00 y se recaudará al momento del servicio.***

Copagos

Según su contrato de seguro, debe estar preparado para pagar el copago en cada visita. Recaudaremos los copagos en el ingreso.

Autopago

Si no tiene seguro o si elige realizarse una intervención sin cobertura, usted será responsable de todos los cargos al momento del servicio. Los pacientes de autopago deberán pagar \$100,00 al ingresar. Si necesita un plan de pago, con gusto programaremos una cita con usted para gestionar un plan de pago antes de ser evaluado en nuestra clínica.

Pacientes de cirugía

Todos los pacientes que cancelen una cirugía programada y electiva sin dar un aviso con más de 2 (dos) semanas de anticipación a la cirugía, o no se presenten a la cirugía, deberán pagar una tarifa de cancelación de \$250,00. Se considerarán las emergencias válidas.

He leído y entiendo la Política de Pago para Pacientes de Wilmington Eye.

Solo para uso en el consultorio:

Expediente n.º: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente

Fecha



Todos los servicios profesionales prestados se facturarán al paciente. Los formularios necesarios se completarán para ayudar a acelerar los pagos de la aseguradora. Sin embargo, el paciente es responsable de todas las tarifas, independientemente de la cobertura del seguro.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGURO

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare/otras aseguradoras se realicen a mi persona o a mi nombre a WILMINGTON EYE, P.A. por todos los servicios de la parte que acepta asignación o del médico. Corresponden las regulaciones que pertenezcan a la asignación de los beneficios de Medicare.

Autorizo a los poseedores de mi información médica o de otro tipo de información a divulgarla a la Administración del Seguro Social y la Administración de Financiación de los Servicios de Salud o a sus intermediarios de aseguradoras, y también cualquier información necesaria para esto o un reclamo relacionado de Medicare u otro reclamo de la aseguradora. Permito el uso de una copia de esta autorización en lugar de la original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico a mi persona o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención sanitaria acerca de otras partes que puedan ser responsables de pagar mi tratamiento. (Sección 1128B de la Ley de Seguridad Social y 31 U.S.C. 3801-3812 prevén sanciones por retener esta información).

Firma: _____

Fecha: _____



Cuestionario de cirugía correctiva de la vista [LASIK/PRK/ICL]

¿Está interesado en hablar con el médico acerca de iLASIK?

Sí _____ No _____

Edad _____

¿Usa lentes de contacto o anteojos?

Sí _____ No _____ Ambos _____

¿Cuán interesado está en realizar la intervención iLASIK?

Poco _____ Intermedio _____ Mucho _____

En caso de estar interesado, ¿cuándo quisiera realizar la intervención?

1 semana - 1 mes _____ 1-3 meses _____ 3-6 meses _____ 1 año o más _____

Si está interesado en iLASIK, infórmelo al auxiliar de clínica durante el comienzo de la visita