



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre (MI): _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Correo electrónico: _____ Seleccione el modo de contacto preferido: casa, oficina, celular, correo electrónico

*Al proporcionar su correo electrónico, acepta recibir correos electrónicos de marketing periódicos de Wilmington Eye. Puede darse de baja en cualquier momento.

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Raza: _____ Idioma: _____ Etnia: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

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

Médico remitente: _____

Médico de atención primaria: _____

PADRE O TUTOR

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

PADRE O TUTOR

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

RESPONSABLE (si es diferente al anterior)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

¿DÓNDE ESCUCHÓ SOBRE WILMINGTON EYE?

Google____ Facebook____ Instagram____ YouTube____ WECT.com____ Cartelera____ Comercial de TV____ Anuncio de radio____

Anuncio por correo____ Evento local____ Médico____ Amigo o familiar____

(Por favor proporcione su nombre para que podamos agradecerle)

La información proporcionada es precisa y completa: _____

Firma del paciente



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Wilmington Eye.

PACIENTE

TUTOR LEGAL (si el paciente es menor de edad)

Nombre del paciente (en letra de imprenta):

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta):

Firma del paciente:

Firma del tutor legal:

Fecha:

Fecha:

Seleccione una de las opciones siguientes:

☐ Prefiero que Wilmington Eye sólo hable conmigo sobre mis registros médicos.

Firma del paciente: _____



☐ Wilmington Eye puede discutir mis registros médicos con un representante designado por mí a continuación.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma del paciente: _____

Doy mi permiso para dejar resultados de pruebas positivos / diagnósticos positivos en mi contestador automático.

Firma (Por favor firme)

This acknowledgment page should be retained in the patient's record. If acknowledgment can not be obtained from the patient, the reasons must be documented. *Esta página de acuse de recibo debe conservarse en el expediente del paciente. Si no se puede obtener el acuse de recibo del paciente, se deben documentar los motivos.*



POLÍTICA DE LA TARIFA DE REFRACCIÓN

¿Qué es la refracción?

La refracción es una parte fundamental del examen de la vista y, en esencia, es un proceso de colaboración entre el médico (MD/OD) y el paciente. Durante la refracción, nuestros técnicos dependen de que el paciente proporcione respuestas precisas. El resultado de este examen es la receta para sus anteojos. Esta receta determina la graduación de los lentes que necesitará para sus anteojos y/o lentes de contacto con el fin de lograr una visión lo más cercana posible a 20/20.

¿Por qué a veces es necesaria la refracción para un diagnóstico médico?

En algunos casos, puede ser necesario realizar una refracción para determinar si existe una afección médica subyacente. Asimismo, la refracción puede ser necesaria para documentar o justificar la necesidad de tratar una condición médica o de realizar una cirugía de cataratas ante su compañía de seguros.

¿Mi seguro cubre este servicio?

La refracción es una parte esencial del examen de la vista. Sin embargo, la mayoría de los seguros médicos no la consideran un servicio médicamente necesario y, por lo tanto, no cubren esta parte del examen.

¿Cuánto cuesta la refracción?

La tarifa por la refracción es de \$60.00. Este cargo se cobra en el momento del servicio y es adicional a su copago y/o deducible, si corresponde.

Esta tarifa cubre el tiempo y la experiencia del profesional, independientemente de si hay o no un cambio en su visión que requiera nuevos anteojos. Las refracciones se facturan a su compañía de seguro médico. En caso de que su seguro cubra la refracción, le reembolsaremos este cargo.

Atención posterior a la refracción

Si tiene algún problema o inquietud con su visión después de haber usado sus nuevos anteojos durante al menos dos semanas, ofrecemos una revisión gratuita dentro de los 90 días posteriores a la fecha de su examen original. En estos casos, independientemente del lugar donde haya comprado sus anteojos, estos deberán ser revisados por un miembro del departamento óptico de Wilmington Eye antes de programar la cita de revisión.

Wilmington Eye no asume responsabilidad financiera por los anteojos y/o lentes de contacto adquiridos fuera de nuestra práctica. Si planea comprar sus anteojos en otro establecimiento, asegúrese de preguntar sobre la política de reemplazo y la garantía que ofrecen.

En todos los casos, nuestra misión es ayudar a nuestros pacientes a obtener la graduación más precisa posible y brindarles siempre la mejor atención.

ACUSE DE RECIBO

He leído la información anterior y entiendo que la refracción puede no estar cubierta por mi seguro. Acepto la responsabilidad total por el costo de este servicio.

Firma del paciente (Firma del padre/madre si el paciente es menor de edad):

Fecha:



POLÍTICA DE PAGO DEL PACIENTE

Los médicos y el personal de Wilmington Eye están comprometidos a brindar la más alta calidad de atención a nuestros pacientes. Para lograrlo, debemos mantener la excelencia en la clínica, así como en nuestra oficina administrativa y otras áreas de la práctica. Los costos médicos continúan aumentando y los reembolsos continúan disminuyendo, por lo que es nuestra política administrar eficazmente las cuentas de los pacientes para minimizar los aumentos de costos que lo afectan directamente a usted, el paciente.

El propósito de esta política es proporcionar pautas e instrucciones específicas relacionadas con la recopilación y el mantenimiento de información precisa del paciente, la facturación de los servicios prestados y la gestión eficiente de cobros. Estas instrucciones pueden modificarse periódicamente para garantizar protocolos adecuados en las funciones administrativas.

Es responsabilidad del paciente/padre/tutor conocer los beneficios de su plan de seguro, incluidos copagos, coseguro y deducibles. Nosotros presentaremos su seguro, pero tenga en cuenta que el pago final de los servicios es en última instancia su responsabilidad.

Ya no aceptamos efectivo. Aceptamos cheque, giro postal, VISA®, MasterCard®, Discover® y American Express®.

Cheques devueltos: Cualquier pago con cheque que no sea válido generará un cargo de \$25.00, que se añadirá a su cuenta y deberá pagarse antes de la siguiente visita.

Pacientes con saldos

Si tiene un saldo pendiente, deberá pagarlo al programar una nueva cita o al registrarse. Con gusto le proporcionaremos un estado de cuenta o explicación de cargos si lo solicita. Todos los saldos deben pagarse antes de ser atendido por un médico de Wilmington Eye.

Seguro e identificación del paciente

La verificación del seguro debe hacerse en cada visita. Esto incluye deducible, coseguro y copago. Si no podemos verificar su seguro, usted será responsable de todos los cargos en el momento del servicio. También solicitaremos una licencia de conducir válida para verificar identidad y dirección.

Cargo por completar formularios

Debido a la complejidad y el tiempo requerido para completar formularios, se cobrará una tarifa de \$25.00. Se le notificará de este cargo con anticipación y el pago se requerirá antes de entregar los formularios completados.

Copagos

De acuerdo con su contrato de seguro, debe estar preparado para pagar su copago en cada visita. Se cobra en el registro. Se requiere el copago en el momento del servicio.

Pacientes sin seguro (Self-pay)

Si no tiene seguro o si elige un procedimiento no cubierto, usted será responsable de todos los cargos en el momento del servicio. Los pacientes sin seguro deberán pagar \$100.00 al registrarse. Si necesita establecer un plan de pago, lo coordinaremos antes de que salga de la oficina. Se requiere una tarjeta de crédito, que se cargará mensualmente hasta que el saldo sea cancelado.

Pacientes quirúrgicos

Cualquier paciente que cancele una cirugía electiva programada sin dar al menos dos (2) semanas de aviso o que no se presente, será cobrado con una tarifa de \$250.00 por cancelación. Emergencias legítimas se tomarán en consideración.

He leído y entiendo la Política de Pago del Paciente de Wilmington Eye.

Firma del paciente

Fecha



Wilmington Eye

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DE SEGURO

Todos los servicios profesionales prestados se cobran al paciente. Los formularios necesarios serán completados para ayudar a agilizar los pagos del seguro. Sin embargo, el paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro.

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare u otra compañía de seguros se realice a mí o en mi nombre a WILMINGTON EYE, P.A. por cualquier servicio brindado por dicha parte que acepte asignación/médico. Se aplican las regulaciones relacionadas con la asignación de beneficios de Medicare.

Autorizo a que cualquier poseedor de información médica u otra información sobre mí la libere a la Administración del Seguro Social y a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica o a sus intermediarios o compañías de seguros cualquier información necesaria para este reclamo o un reclamo relacionado de Medicare u otra compañía de seguros. Autorizo que una copia de esta autorización se use en lugar del original, y solicito el pago de los beneficios de seguro médico ya sea a mí o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento. (Sección: 1128B de la Ley del Seguro Social y 31 U.S.C. 3801-3812 establecen sanciones por retener esta información).

Firma del paciente

Fecha



SEGURO DE VISIÓN O SEGURO MÉDICO

Wilmington Eye acepta Community Eye Care

El seguro de visión GENERALMENTE CUBRE y el seguro médico GENERALMENTE NO CUBRE:

- Solo exámenes de rutina de la vista
- Refracción (prueba para determinar la prescripción de anteojos)

El seguro médico GENERALMENTE CUBRE y el seguro de visión GENERALMENTE NO CUBRE:

- Afecciones o dolencias oculares específicas
- Seguimiento de condiciones o enfermedades preexistentes
- Pruebas oftálmicas

Si tiene una queja o condición ocular específica o tiene una condición o enfermedad ocular preexistente, facturaremos a su seguro médico.

Si su examen se factura a través de su seguro médico, aún puede usar su seguro de la vista para cualquier anteojos o lentes de contacto según lo permita su plan.

Una vez que los cargos por los servicios prestados se hayan enviado a su seguro al finalizar su visita, NO PODEMOS ALTERAR NI CAMBIAR el tipo de visita para facturar a un seguro diferente.

Entiendo la diferencia entre el seguro de la vista y el seguro médico y que Wilmington Eye facturará los servicios correspondientes prestados.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha



HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y REVISIÓN DE SISTEMAS

Nombre del paciente: _____ Número de historia clínica _____ Fecha _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

¿Quién es su médico? _____ ¿Un médico lo refirió? _____ Si es así, ¿quién? _____

HISTORIAL MÉDICO PASADO

SÍ NO

- ☐ ☐ Diabetes (tipo, cuando se diagnosticó) _____
- ☐ ☐ Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, EPOC, bronquitis crónica) _____
- ☐ ☐ Cáncer (indique el tipo o la ubicación) _____
- ☐ ☐ Enfermedad cardíaca (explique) _____
- ☐ ☐ Presión arterial alta (explique) _____
- ☐ ☐ Cirugía ocular: Fecha/Motivo _____
- _____
- _____
- ☐ ☐ Otra cirugía: Fecha/Motivo _____
- _____
- _____
- ☐ ☐ Otros problemas/lesiones _____
- _____
- _____

¿TIENE ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS?

SÍ NO

- ☐ ☐ Enfermedad infecciosa (TB, sífilis, gonorrea, SIDA, VIH, hepatitis)
- ☐ ☐ Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, angina de pecho, arritmia, insuficiencia cardíaca, cirugía de bypass (cirugía de bypass)
- ☐ ☐ Agruras estomacal, dolor abdominal, diarrea, vómitos, debilidad, entumecimiento
- ☐ ☐ Oído, nariz, garganta (pérdida de audición, enfermedad de los senos paranasales)
- ☐ ☐ Enfermedad de la tiroides (hipo, hiper, enfermedad de Graves)
- ☐ ☐ Problemas de sangre (anemia, leucemia, problemas de coagulación)
- ☐ ☐ Enfermedad gastrointestinal (úlceras, reflujo esofágico, intestinal)
- ☐ ☐ Enfermedad genitourinaria (enfermedad renal, diálisis, cálculos renales)
- ☐ ☐ Problemas de la piel (eccema, psoriasis, acné rosácea)
- ☐ ☐ Artritis (reumatoide, osteodegenerativa) dolor articular
- ☐ ☐ Problemas psiquiátricos (depresión, ansiedad, esquizofrenia, bipolaridad)
- ☐ ☐ Problemas neurológicos (accidente cerebrovascular, convulsiones, parálisis)
- ☐ ☐ Respiratorio (dificultad para respirar, sibilancias, tos)

HISTORIA OFTÁLMICA

SÍ NO

- Ojo vago ☐ ☐
- Catarata enfermedad ☐ ☐
- Corneal problema ☐ ☐
- Problemas oculares por ☐ ☐
- diabetes
- Glaucoma ☐ ☐
- Iritis ☐ ☐
- Degeneración macular ☐ ☐
- Estrabismo ☐ ☐
- Desprendimiento de ☐ ☐
- retina
- Otro _____

Lesión/Fecha: _____

Naturaleza: _____

HISTORIA FAMILIAR

- | | PADRE | MADRE | HERMANOS | OTROS |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ceguera | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Cáncer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Diabetes | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Glaucoma | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Enfermedad de la retina | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Enfermedad cardíaca | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Presión arterial alta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Otro: _____ | | | | |

ANTECEDENTES SOCIALES (marcar con un círculo)

- Estado civil C S D V
- Vive solo Sí No
- Uso de tabaco Sí No
- Alcohol Sí No
- Profesión _____ Jubilado
- Pasatiempos _____

ENUMERE SUS MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS:

ALERGIAS:

La información proporcionada es precisa y completa. Firma del paciente _____