

Austin Pediatric Ophthalmology & Strabismus

| | Nombre | Fecha de Nacimiento | Género |
|-----------|--------|---------------------|--------|
| Paciente: | _____ | ____-____-____ | _____ |
| Madre : | _____ | ____-____-____ | _____ |
| Padre: | _____ | ____-____-____ | _____ |

La información siguiente considera a la persona responsable de la cuenta notificaciones de esta oficina esa persona es: Nombre _____

Dirección: _____

(Casa): Calle Ciudad Estado Código Postal
Teléfono: Móvil () _____ Casa () _____

Información de Seguro Primaria HMO PPO MEDICARE MEDICAID OTRO

Nombre de Asegurador: _____

Nombre de Asegurado: Primer: _____ Apellido: _____ Fecha De Nacimiento: ____-____-____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Información de Seguro Secundaria HMO PPO MEDICARE MEDICAID OTRO

Nombre de Asegurador: _____ Dirección _____

Nombre de Asegurado: Primer: _____ Apellido: _____ Fecha De Nacimiento: ____-____-____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Miembro de familia que ha visto anteriormente al Dr. Busse. _____

Quien es el pediatra o médico de familia de su hijo/a. _____

Quien refirió a su hijo/a al Dr. Busse. _____

Pólizas de Oficina y Pago

Todas las consultas deben ser pagadas en el momento de su visita al menos que hayan hecho arreglos previos. No reclamaremos pago a su aseguradora a menos que tengamos un contrato con su compañía de seguros. Podemos, sin embargo, proporcionarle documentación para presentar una reclamación de pago. No dude en discutir cualquiera de los cargos o pólizas con el personal por favor. Estamos dispuestos a trabajar con usted de todas formas posibles.

Fecha _____, Yo _____ acepto que soy financieramente responsable de los gastos incurridos. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo y solicitud de pago sin seguro, incluyendo Medicaid y otros programas patrocinados por el gobierno al Dr. Busse o cualquier otro empleado del proveedor por esta práctica. Por lo presente otorgó autoridad para Dr Busse para realizar un examen de la vista incluyendo pruebas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de este paciente.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACION MEDICA

HISTORIA FAMILIAR (NATURAL ____, ADOPTIVO __)

| Nombre | Edad | Lentes | Describe la enfermedad o condición anormal de los ojos |
|--------|-------|--------|--|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Liste abajo (un pariente de sangre) padre, madre, los abuelos, tíos, tías, y primos que tienen una historia de alguna enfermedad grave de los ojos o ojos desalineados (estrabismo).

| Relacion | Lentes | Describe la enfermedad o condición anormal de los ojos |
|----------|--------|--|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

¿Hay algún familiar que tenga una enfermedad hereditaria?..... Si __ No __
¿Hay algún familiar que tenga un problema con el alineamiento de los ojos?..... Si __ No __
¿Alguna enfermedad neurológica familiar?..... Si __ No __
Si contestó que sí ¿cual es la enfermedad? _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO

¿Nació prematuro el bebe? Si ____ No ____ ¿Cuántas semanas? _____ Peso de nacimiento _____
¿Tuvo algun complicacion con el parto?..... Si __ No __
¿Hubo algún problema de respiro o alimento del bebe?..... Si __ No __
¿Hubo algún problema con el desarrollamiento de bebe?..... Si __ No __
Si contestó que sí, ¿Cuál fue? _____

HISTORIA MEDICO

¿Tiene dificultades en la escuela?..... Si __ No __
¿Ha sospechado el pediatra o médico familiar o ha diagnosticado algún enfermedad grave?..... Si __ No __
Si contestó que sí, ¿Cuál fue? _____
¿Toma el paciente medicinas o tratamientos frecuentemente o regularmente?..... Si __ No __
Si contestó que sí, ¿Que son? _____
¿Tiene el paciente algunas alergias a alguna medicina?..... Si __ No __
Si contestó que sí, ¿Cuál es la medicina y la reacción? _____
¿Es el paciente alérgico al ambiente?..... Si __ No __
Si contestó que sí, ¿Cuáles son y la reacción? _____

HISTORIA DE LOS OJOS

¿Ha visto el paciente un doctor de los ojos anteriormente?..... Si __ No __
¿Quién fue el doctor? _____ Fecha del examen _____ ¿En qué ciudad? _____
¿El paciente usa lentes?..... Si __ No __
¿A qué edad empezó a usar lentes? _____
¿Ha tenido alguna lesión en los ojos? Si __ No __ ¿Que fue? _____
¿Ha tenido alguna operación de los ojos? Fecha de la operación y la razón _____ Si __ No __

RAZÓN DE LA VISITA

Otorgo el consentimiento que una fotografía, o cinta de video de yo mismo o de mi niño/a sean utilizados por la Dr. Busse para el propósito de la ilustración médica, enseñar, la publicación o investigar sin identificación del nombre del paciente

Firma _____ Fecha _____ Si __ No __

AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS

Megyn L Busse, MD
4700 Seton Center Pkwy Ste 150
Austin, Texas 78759

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL PACIENTE:

POLÍTICA DE REFRACCIÓN: 92015

¿Que es una refracción?

Esta prueba es una determinación de error refractivo de un ojo y los mejores lentes correctivos para recetar. Los médicos están de acuerdo en que esta prueba es un elemento necesario de la mayoría de las visitas, y se utiliza para crear recetas para anteojos o lentes de contacto, o para evaluar posibles cambios en la visión debido a condiciones médicas. Esto es esencial para determinar si una disminución en la visión es debido a solamente una necesidad de anteojos, que es fácil de corregir, o si otra razón médica podría mantener el ojo de ver claramente.

EXPLORACIÓN SENSORIOMOTORA: 92060

¿Qué es un examen motor sensorial?

Una examinación sensoriomotora detecta, evalúa, supervisa, y gestiona las condiciones estrábicas. Se trata de un examen amplio que requiere más tiempo, esfuerzo y conocimiento en la medida de la desviación ocular en diversos campos de la mirada, diferentes distancias, o con y sin corrección óptica. Los médicos están de acuerdo que la información de la examinación sensoriomotora se utiliza para planificar los tratamientos médicos, ópticos y quirúrgicos para estas condiciones y puede tener importantes implicaciones visuales, desarrollo o sistémicas.

¿Mi plan de seguro paga por estos exámenes?

Su seguro puede considerar estos procedimientos excluido de sus beneficios o no - cubierta beneficio.

¿Cobran por estos?

En caso de que su seguro no cubre el 92015 o el 92060 el costo sería \$50.00 por prueba y examen realizado.

He leído y entendido lo anterior, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del paciente

Estoy de acuerdo en que la siguiente prueba y examen se realice

Fecha

Rechazo para que el siguiente prueba y examen se realice

AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS

Megyn L Busse, MD
4700 Seton Center Pkwy Ste 150
Austin, Texas 78759

ACUERDO DE PACIENTE DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Como paciente, está en su mejor interés conocer y entender sus beneficios de plan de seguro y su responsabilidad por deducibles, coseguro o cantidades de copago antes de cualquier visita. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos de seguro. Además, debe asegurarse que su médico está catalogado como un proveedor participante por su compañía de seguros. Si su plan de seguro no cubre un servicio o procedimiento, usted es responsable por el pago de estos cargos.

En caso de que su seguro no es válido o su cobertura fue terminada en el momento que se prestan los servicios, usted será único responsable por el importe total de su consulta o cualquier procedimiento prestado.

Además, si el plan de seguro determina que un servicio o procedimiento "no" está cubierto, usted será responsable de la carga completa de dichos servicios.

Estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes, incluyendo cargos por servicios de recolección es necesitada.

Firma del guardián/paciente

Fecha

AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS

Aquí en Austin Pediatric Ophthalmology, estamos requeridos a implementar el Uso Significativo. Como resultado estamos recolectando la información requerida por el gobierno. El propósito de Uso Significativo es mejorar el cuidado del paciente y reducir el costo del cuidado.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Correo electronico del guardian o paciente _____

Raza

Afroamericano

Asiatico

Caucasico

Hispano

Otro _____

Prefiero no reportar

Etnicidad

Hispano

No Hispano

Prefiero no reportar

Lenguaje Primario

Ingles

Frances

Espanol

Otro _____

Farmacia Preferida

Nombre del Farmacia _____

Dirreccion del Farmacia _____

Firma del guardian/paciente _____ Fecha _____

*****POLÍTICAS DEL CONSULTORIO DE OFTALMOLOGÍA
PEDIÁTRICA DE AUSTIN*****

Creemos firmemente que todos los pacientes merecen la mejor atención medica que podamos brindar. Hemos preparado este material para familiarizarlo con nuestras pólizas financieras y de oficina. Por favor pongan sus iniciales en todos los campos que aparecen a continuación.

_____ Se cobraría una tarifa de \$27.00 para "No show" (No presentarse) a la cita.

_____ Un cargo de \$27.00 se aplicara a todos los cheques devueltos.

_____ Entiendo que si no pago montos adecuados, la clínica tiene el derecho de conseguir una agencia de cobro externa y/o un abogado para cobrar la deuda no pagada. Entiendo que cualquier deuda impagada será reportada a las agencias de informes crediticios. Además, entiendo que seré responsable de cualquier cargo o honorarios adicionales incurridos por la agencia de cobranza o el abogado, incluidos los honorarios razonables del abogado.

_____ Entiendo que soy responsable de actualizar mi información (es decir, seguro, dirección, números de teléfono) con la clínica para que puedan obtener el pago a través del seguro, comunicarse conmigo para futuras citas, reembolsos, etc. Entiendo que puedo hacer esto comunicándome directamente con el consultorio o en el portal del paciente.

_____ Comprendo que tengo una solicitud de Medicaid pendiente y si no proporciono un numero de identificación de Medicaid dentro de 30 días, seré considerado como un paciente de pago por cuenta propia y responsable de cualquier cargo incurrido. Si proporciona un comprobante de cobertura de Medicaid después de 30 días, su cuenta se volverá a cambiar a Medicaid. En ese momento, facturaremos a Medicaid todos los cargos. Solo después de recibir el pago de Medicaid, se puede devolver su pago.

_____ Entiendo que hay una tarifa por las copias de mis registros médicos. También entiendo que puedo usar el portal en línea para recibir copias de mi expediente medico.

_____ Todos los copagos deben ser pagados cuando se registra para su cita. Todos los demás pagos se pagan en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

_____ En caso de que no haya cobertura de seguro, entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados a mi mismo o a mis dependientes en el momento del servicio (a menos que se haya hecho arreglos previos y se hayan aprobado a través del gerente de la oficina).

_____ Autorizo a cualquier persona que posea información Medica o de otro tipo sobre mi a divulgar a la Administración del Seguro Social y la Administración Financiera de atención Medica, y al programa Medicaid de Texas o sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo relacionado con Medicare/Medicaid.

Autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro medico a mi o al proveedor de atención medica sobre cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento. (La sección 1128B de la Ley del Seguro Social y 31 U.S.C. 3801-3812 establecen sanciones por retener esta información) También se aplican las reglamentaciones relativas a las cesiones o beneficios de Medicare.

_____ El suscrito certifica que ha leído lo anterior, lo entiende, acepta sus términos, ha recibido una copia del mismo y es el paciente o esta debidamente autorizado por el paciente como su agente para ejecutar lo anterior.

X

Firma (Paciente o padres/guardian legal)

Nombre imprimido/Relación al Paciente