

Austin Pediatric Ophthalmology and Strabismus

Megyn L. Busse, MD 4700 Seton Center Parkway, Austin, Texas 78759 P: 512-345-3595 F: 512-345-7618

Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Telefono Primario: _____ Telefono Secundario: _____

Pediatra o doctor primario: _____

Alegrías: _____

Medicamentos: _____

Cambio medico desde la ultima visita: _____

Nombre de seguro medical: _____ Nueva () Mismo ()

Nombre del asegurado: _____

Numero de Poliza: _____

Numero de Telefono de la Poliza: _____

Yo _____, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura con el seguro mencionado arriba y que todos los beneficios de pagos de mi seguro sean pagados a Megyn L. Busse, MD. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier cargo que mi seguro no cubra o no ha pagado. Yo autorizo al doctor a dar información necesaria para asegurar el pago de mi seguro. Todos los balances en las cuentas deben ser pagados dentro de 30 dias de haber recibido un estado de cuenta o se le cobrara un cargo adicional de \$25 al mes es un cargo al servicio administrativo. El cobro por el examen de la refracción y motilidad es de \$50 cada uno. Yo autorizo la firma en este documento para que sea utilizado para los propósitos de la reclamación de mi seguro.

Yo certifico que toda la información esta correcta y doy permiso a la doctora a que administre los exámenes necesarios para el diagnostico y tratamiento de mi o mi dependiente.

Firma _____

Fecha _____

Austin Pediatric Ophthalmology and Strabismus

Megyn L. Busse, MD 4700 Seton Center Parkway, Austin, Texas 78759 P: 512-345-3595 F: 512-345-7618

Informacion 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 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 cambios posibles en la visión debido a condiciones medicas. Esto es esencial para determinar si una disminución en la visión es debido a solamente una necesidad de gafas, que es fácil de corregir, o si otra razón medica podría mantener el ojo de ver claramente.

Exploración sensoriomotora: 92060

Que es un examen motor sensorial?

Una examinación sensoriomotora detecta, evalua, supervisa y gestiona las condiciones estrábica. Se trata de un examen ampliado que requiere mas tiempo, esfuerzo y conocimientos en la medida de la desviación ocular en diversos campos de la mirada, distancias diferentes, 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 este examen y examen?

Su seguro puede considerar estos procedimiento 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 le será \$50 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 realice

Fecha _____

Rechazo para que la prueba siguiente y examen ser

Austin Pediatric Ophthalmology and Strabismus

Megyn L. Busse, MD 4700 Seton Center Parkway, Austin, Texas 78759 P: 512-345-3595 F: 512-345-7618

Paciente responsabilidad financiera de acuerdo

Como un paciente, esta en su mejor Interés para 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 seguros. Además, debe asegurarse que su medico esta 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 terminado en el momento que se prestan los servicios, usted será único responsable por el importe total de su consulta o cualesquiera procedimientos prestados.

Además, si este seguro plan determina un servicio o procedimiento para "no", 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 mis dependientes, incluyendo cargos por servicio de recolección es necesitada.

Firma del paciente/Tutor Fecha

Austin Pediatric Ophthalmology and Strabismus

Megyn L. Busse, MD 4700 Seton Center Parkway, Austin, Texas 78759 P: 512-345-3595 F: 512-345-7618

En Austin Pediatric Ophthalmology and Strabismus, estamos obligados a implementar las iniciativas de uso significativo. Como resultado, estamos recopilando la información impuesta por el gobierno. El propósito de uso significativo es en última instancia, mejorar la atención al paciente y los costos de salud.

La información que proporcione se utilizará para la elaboración de informes solamente.

Fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Paciente o los padres por correo electrónico _____

Farmacia preferida

Nombre de farmacia _____

Dirección de farmacia _____

Signatura de padres _____