



**Debe rellenar todos los formularios incluidos y llevarlos con usted en el momento de su cita.
El no hacerlo retrasará su CITA.**

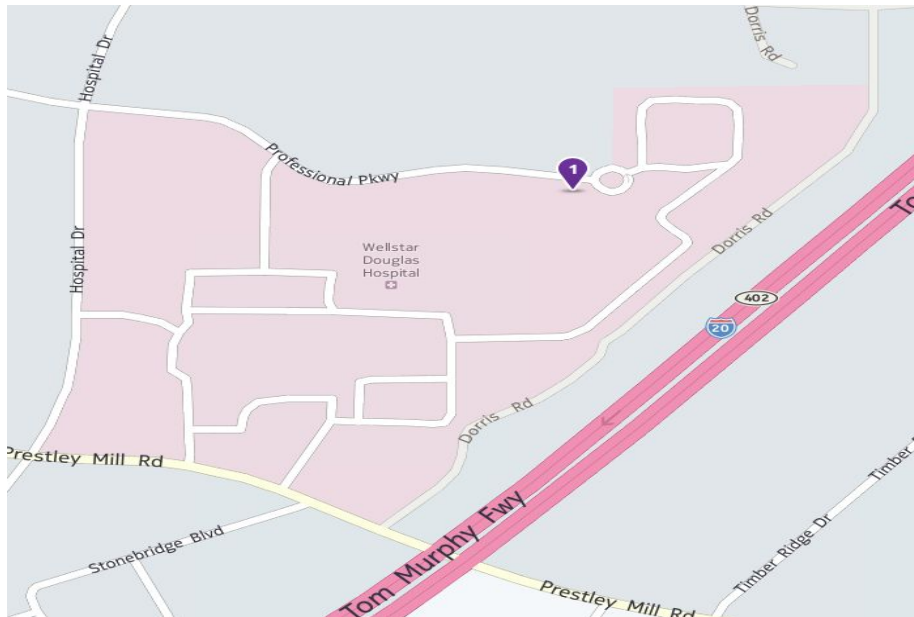
Las cancelaciones requieren aviso de 24 horas de oficina.

**Las citas no mantiene o se cancela antes de las 24 horas se cobrará un ningún cargo
espectáculo de \$ 30.00.**

POR FAVOR TRAER LOS SIGUIENTES con usted y presente en el momento del check-in

- o Completado el papeleo o tarjetas de seguros (médicos y Visión)
- o ID de imagen
- o lista de todos los medicamentos que toma con las fortalezas y las dosis
- o los portadores de lentes de contacto aportar un escrito prescripción o cajas entraron
- o El nombre y teléfono del médico de atención primaria
- o farmacia preferida y teléfono

NUEVA PACIENTE examen completo puede tomar de 1 - 2 HORAS - sus ojos dilatarse



el giro hasta Parkway Profesional del hospital Drive - (Esta es la única luz de freno entre el hospital y el

juzgado.) Ir al final de la calle, el 6001 Profesional la construcción de la derecha.

6001 Parkway Suite Profesional 2040 DOUGLASVILLE, GA 30134 678-838-9999

DOUGLASVILLE OJO clínica médica HISTORIA DE REGISTRO

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médicos nombrar: _____ referencia médicos nombrar: _____

Farmacia Preferida: _____ Lugar / Tel: _____

¿Es alérgico a algún medicamento ninguno? • No se conoce • respuesta es afirmativa,

¿Es usted alérgico al látex? Sí / No

actualmente ¿Toma Cualquier prescripción o de venta medicamentos libre?

• NO • Sí, POR FAVOR dar una copia actual a la recepcionista o siguiente lista.

¿Alguna vez ha tomado FLOMAX o cualquier otro medicamento de próstata? Sí / No Fecha de suspensión _____

Listado cualquier OJO Las gotas que está utilizando actualmente y con qué frecuencia: • NINGUNA • Las lágrimas artificiales

¿Tiene pasados o presentes problemas en las siguientes áreas, favor por circule Sí o No: SI "SÍ" POR FAVOR EXPLIQUE

Sí / No hay problemas generales _____

Sí / No hay oídos, nariz, garganta, boca _____

Sí / No hay pulmones / Breathing _____

Sí / No Heart / Vasos sanguíneos / presión arterial / colesterol _____

Sí / No piel / Cabello _____

Sí / No estomacal / intestinal _____

Sí / No próstata / riñón / vejiga _____

Sí / No Endocrino / diabetes / tiroides / Hormonas / Graves _____

Sí / No neurológicos / cerebro / nervios _____

Sí / No Psiquiátrica / ansiedad / depresión _____

Sí / No Hematológicas / sangre / linfa _____

Sí / No musculoesquelético / articulaciones _____

Sí / No alérgica / trastorno inmunológico / VIH / SIDA _____

Sí / No cáncer Si "sí", ¿qué tipo? _____ Actualmente FECHA:en tratamiento Sí / No

Historia social:

Sí / No Uso de Tabaco: En caso afirmativo, paquete (s) / día ____ de ____ años. Fecha de suspensión _____

Sí / No Alcohol: En caso afirmativo, ¿cuánto ____ cómo often ____ de ____ años. Fecha de suspensión _____

Los problemas del pasado y / o presente ojo incluyendo cirugías del ojo: _____

Historia quirúrgica: lista de Una Cualquier otro tipo de cirugías que haya tenido o detectar ninguna: • NINGUNA

historia familiar:

Lazo

Lazo

Sí / No Glaucoma _____

Sí / No Degeneración Macular _____

Sí / No Diabetes _____

Sí / No enfermedad de la retina _____

FIRMA DEL PACIENTE / LEGAL TUTOR FECHA

DOUGLASVILLE OCULAR CLÍNICA, PC
FINANCIERA Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

ACUERDO FINANCIERO Y HIPAA:

- **Se requiere aviso de cancelación de 24 horas. Las citas no guardan ni canceladas dentro de las 24 horas de la hora de la cita se evaluarán una tasa de \$ 30.00 sin espectáculo.**
- El pago se espera en el momento de la visita de las cantidades adeudadas. Esto incluye pero no se limita a los co-pagos, deducibles y cargos no cubiertos.
- Cobertura médica y completa visión debe proporcionarse antes de servicios.
 - A Reclamación por servicios será presentada inmediatamente después de la finalización de los servicios en la información proporcionada. Sólo se aceptan planes de visión que requieren autorizaciones previas cuando sea notificado de la cobertura previa a los servicios.
- Identificación con foto y prueba de seguro debe ser presentado en el registro de entrada.
- El cambio de nombre del paciente o el seguro debe ser informado en el registro de entrada.
- Los cheques devueltos son evaluados una \$ 30,00 Prestaciones de devolución de cheques.
- Todas las tarifas están sujetas a cambios sin previo aviso.
- un examen oftalmológico nO incluye una lente de contacto apropiado. Un apropiado para lentes de contacto será proporcionado a mi petición por un cargo adicional.
- **El paciente es responsable de verificar que nuestros médicos están participando en su plan.**
- **El paciente es responsable de obtener los derechos / referencias cuando sea requerido por su compañía de seguros.**
- **El paciente está responsable de entender su propia póliza de seguro.**
 - Cualquier información proporcionada por personal de la Clínica de Ojos Douglasville no es una garantía de beneficios o la cobertura. Las compañías de seguros afirman que los beneficios sólo se determinan una vez que se procesa una reclamación PC.:

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS A LOS OJOS DOUGLASVILLE CLÍNICA, Por la presente autorizo a la Clínica de Ojos Douglasville, a dar cualquier información a mi compañía de seguros por los servicios prestados a mis dependientes o para mí mismo en la tramitación de esta reclamación. Autorizo a las reclamaciones que se presentaron a mi plan de seguro y el pago debe hacerse directamente a la Clínica de Ojos Douglasville. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito SOLAMENTE.:

PACIENTES DE MEDICARE Solicitó que el pago de beneficios Medigap autorizados se hagan en mi nombre a la Clínica de Ojos Douglasville por los servicios prestados por el proveedor. . Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para ser lanzado a _____ incluyendo la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados

(Nombre de la aseguradora secundaria Medicare) _____

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL DE

FECHA:

POLÍTICA PRIVACIDAD Reconozco que se me ha hecho consciente de que Eye Clinic Douglasville, PC tiene una política de privacidad en su lugar, de acuerdo con la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y portabilidad de seguro de salud. Entiendo que, a petición, tengo derecho a una copia de la política de privacidad COMUNICACIÓN.:

ACUERDO DE Autorizar a la Clínica de Ojos Douglasville, PC ponerse en contacto conmigo de las siguientes maneras para recordarme cita, proporcionar resultados de la prueba, instrucciones o cualquier otra información.

teléfono Inicio • Sí • NO VOICEMAIL OK? • Teléfono del trabajo • Sí • NO VOICEMAIL OK? • teléfono celular • Sí • NO VOICEMAIL OK? • E-mail (Sólo se utiliza en un servidor seguro como requiere la ley) • Sí • NO

autorizo la liberación de información médica a:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con esta declaración financiera. Doy mi consentimiento voluntariamente a tratamiento en esta oficina y autorizo a los tratamientos, exámenes, medicamentos, anestesia, operaciones y procedimientos de diagnóstico (esto incluye pero no se limita al uso de laboratorio y los estudios radiográficos) según lo ordenado por el médico tratante.

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL _____ **FECHA DE** _____

RECEPCIÓN A DOUGLASVILLE OCULAR CLÍNICA, PC

(Por favor Impresión)

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:

Nombre preferido: _____

NOMBRE LEGAL: En primer lugar _____ MI _____ Last _____

SEXO: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ EDAD: ____ Seguro Social: ____ - ____ - ____

ETNIA: no Hispano / Latino mexicano puertorriqueño cubano Otro Hispano / Latino

RAZA: Blanco negro / Afroamericano Hispano / Latino Asiático indio americano / nativo de Alaska

de otra isla del nativo de Hawai / Pacífico no contestar

idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

DIRECCIÓN: _____ CITY: _____ ESTADO: _____ postal: _____

teléfono principal: _____ CELULAR: _____ INICIO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____ OCUPACIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE: _____ PHONE: _____

PRIMARIA DE SEGURO MÉDICO NOMBRE:

MIEMBRO #: _____ GRUPO #: _____

TOMADOR relación con el paciente: SELF Cónyuge infantil Otro: _____

SECUNDARIA MÉDICO NOMBRE DE SEGURO:

MIEMBRO #: _____ GRUPO #: _____

TOMADOR RELACIÓN A LA EL PACIENTE: YO ESPOSO infantil Otro: _____

seguro de visión NOMBRE:

MIEMBRO #: _____ GRUPO #: _____

TOMADOR relación con el paciente: Usted Cónyuge infantil Otro: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA - RESPONSABLE DE LA CUENTA:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ postal: _____

OMS podemos agradecer por referirse dar? _____

FIRMA dEL PACIENTE / TUTOR LEGAL FECHA

DOUGLASVILLE OCULAR CLÍNICA,PC

refracción Y CONTACTOS ACUERDO LENTE



refracción(para verificar el cambio de lente de la prescripción) puede llevarse a cabo con el propósito de el paciente una nueva receta de anteojos o como una prueba de diagnóstico para ayudar a entender por qué la agudeza visual de un paciente podría ser disminuido.

Clínica de Ojos Douglasville me ha informado de que la refracción (comprobación de la prescripción de anteojos) es por lo general no cubierto por mi seguro médico. Puede ser cubierta por algunos planes de visión o si llevo beneficios de la vista bajo mi plan de seguro médico.

Es responsabilidad del paciente para notificar a la Clínica de Ojos Douglasville sobre lo que su plan de visión es y para verificar que nuestros médicos están participando en su seguro antes de la su nombramiento.

yo entiendo que si opta por no tener REFRACCIÓN yO nO recibir una prescripción gafas.

Estoy de acuerdo en pagar por la refracción en el momento del servicio y si mi seguro médico no pagar Clínica de Ojos Douglasville para este servicio, que será reembolsado por la Clínica de Ojos Douglasville en una cuestión oportuna.

CPT	DESCRIPCIÓN	dE CARGA
92015	refracción	\$ 35.00

LENTE dE cONTACTO dE PRECIOS dE mONTAJE dE GAMA

Ofrecemos servicios para el montaje de la mayoría de tipos de lentes de contacto. Sin embargo, hay un cargo adicional por estos servicios. Muchas veces el seguro no cubrirá este cargo ya que no es parte de un examen de rutina.

REFIT-ACTUALMENTE usando lentes de contacto \$ 40.00- \$ 100.00

NUEVOS FIT-sin uso lentes de contacto \$ 110.00- \$ 135.00

Este cargo se necesitarán anualmente como La ley del estado de Georgia prescripciones de lentes de contacto tienen una validez de 12 meses. La cuota de instalación no incluye el costo de los lentes. Exacta tarifa de conexión se determina por uno de nuestros ópticos con licencia.

Si actualmente está usando lentes de contacto, llevar Puede ser que su contacto más reciente lente de prescripción o lentes de contacto contenedores. **SIN MARCA, POTENCIA, el diámetro y la curva base, A RE FIT SE REQUIERE .**

es importante que los pacientes mantengan sus citas de seguimiento para las evaluaciones de lentes de contacto. Si no se mantienen estas citas puede resultar en cargos adicionales después de 30 días.

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR

FECHA

AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE prácticas de revisión 11/12/2014 FECHA

A. Nuestro compromiso con su privacidad- Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su PHI. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar el presente aviso de privacidad. Cualquier modificación o enmienda a este aviso será efectiva para todos los archivos que nuestra práctica ha creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podemos crear o mantener en el futuro. Nuestra oficina situará una copia de nuestro aviso actual en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento, y usted puede solicitar una copia del Aviso más actual en cualquier momento.

**B. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE AVISO, dirigirse a: Oficial de Cumplimiento
678-838-9999**

C. Podemos usar y divulgar su PHI EN LAS FORMAS SIGUIENTES:

1. Tratamiento. 2. Pago. 3. Operaciones de atención médica. 4. Recordatorios de citas. 5. Opciones de tratamiento. 6. Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud. 7. Nuestra oficina puede revelar su PHI a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado,

o quien asiste en el cuidado de usted. 8. Divulgación requerido por la ley.

D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU PHI en determinadas circunstancias especiales

1. Riesgos para la salud pública. 2. actividades de supervisión médica. 3. Demandas y procedimientos similares. 4. Aplicación de la Ley. 5. Los pacientes fallecidos. 6. Donación de Órganos y Tejidos. 7. Investigación. 8. Amenazas graves a la salud o seguridad. 9. militar. 10. Seguridad Nacional. 11. Los reclusos. 12. Compensación al Trabajador.

E. . SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted: 1.

Comunicaciones confidenciales. 2. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su PHI. 3. Inspección y Copias. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la PHI. 4. Modificación. Nos puede solicitar a modificar su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y usted puede

solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea mantenida por o para nuestra práctica.

5. Contabilización de las Revelaciones. Todos nuestros pacientes tienen el derecho a solicitar un "informe de divulgaciones.". 6. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso de prácticas de privacidad. 7. Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario

del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las quejas deben ser presentadas por escrito a la atención de: Oficial de Cumplimiento. 8. Nuestra práctica obtendrá su autorización escrita para usos y divulgaciones que no están identificadas en este aviso o permitidos

por la ley aplicable.

Nondiscrimination Statement: Discrimination is Against the Law

Douglasville Eye Clinic, P.C. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo Douglasville Eye Clinic, P.C no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Douglasville Eye Clinic, P.C]:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Stacey Osterholt.

Si considera que Douglasville Eye Clinic, P.C no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Stacey Osterhold, 6001 Professional Parkway Suite 2040 Douglasville Eye Clinic P.C Phone: 678-838-9999 , Fax 678-838-9474, Email contact@douglasvilleeyeclinic.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Stacey Osterholt, Compliance Officer está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.