

¡Gracias por haber hecho una cita con Spectrum Eye Care! Ya estamos preparándonos para su visita con nosotros y esperamos atenderle pronto.

Nos gustaría informarle de unas cosas muy importantes que debe tomar en consideración al prepararse para su cita. Si se atrasa mucho cuando está en la oficina haciendo el papeleo, entonces puede que esto no permita suficiente tiempo a los doctores para atenderle de manera apropiada y con frecuencia tenemos que volver a programar las citas retrasadas. Esto no resulta conveniente ni para usted ni para nosotros.

La mejor manera de evitar que su cita se retrase y tenga que ser programada para otra ocasión es de llegar 10 minutos antes del tiempo programado de su cita y traer las siguientes cosas:

1. Todos los formularios de este paquete completados con tinta negra gruesa.
 - a. Por favor no escriba con lápices o lapiceros de punta fina puesto a que no se escanean bien a la computadora.
2. Todas sus tarjetas de "aseguranza" (seguro médico). Si usted no nos ha entregado su información o tarjeta de seguro médico actualizadas, por favor entréguenoslas tan pronto posible. Usted puede enviarnos por fax ambos lados de su tarjeta de seguro médico al (509) 682-2713.
 - a. Es necesario que verifiquemos que tiene beneficios de seguro médico antes de que venga para su cita. De otra manera se espera que nos pague al tiempo que recibe su servicio.
3. Identificación válida con fotografía.
4. Traiga todos los medicamentos que toma a la cita, incluso cualquier medicina recetada o que usa sin receta.

No dude en llamarnos con cualquier pregunta o preocupación que tenga. Estamos aquí para ayudarle lo más que podemos. De otra forma, anticipamos verlo en la cita.

Acuerdo de Paciente / Cliente

Yo, el abajo firmante, siendo el paciente o una persona legalmente autorizada para dar consentimiento a los servicios en nombre del paciente, por este medio voluntariamente acepto las siguientes condiciones con Spectrum Eye Care, Inc, PS:

- 1. Suministro de Información Precisa:** Reconozco que proporcioné información completa y precisa sobre la cobertura de seguro y el estado actual de la facturación.
- 2. Liberación de Responsabilidad por la Provisión de Información de Cobertura de Seguro:** Acepto y entiendo que cualquier comunicación verbal y / o escrita sobre cobertura de seguro para servicios y / o materiales es para fines informativos, proporcionada como cortesía y no garantiza ninguna cobertura de seguro y / o pagos. Reconozco que Spectrum Eye Care, Inc., PS, ha proporcionado esta información como cortesía a petición mía. Además, en última instancia, soy responsable de conocer los términos de mi cobertura. Además, acepto NO responsabilizar a Spectrum Eye Care, Inc, PS, por la información que se me proporciona con respecto a la elegibilidad y / o cobertura de seguro y a aceptar pagar los saldos restantes que indique mi compañía de seguros o Spectrum Eye Care, Inc., PS, al recibir el estado de cuenta de Spectrum Eye Care, Inc, PS.
- 3. Consentimiento y autorización para el tratamiento:** Doy mi consentimiento y autorizo voluntariamente a Spectrum Eye Care, Inc., PS, y su proveedor y / o agentes a administrar cualquier tratamiento que se considere necesario y aconsejable para el diagnóstico y tratamiento del paciente, que incluye : atención médica, atención urgente o de emergencia, atención quirúrgica, pruebas de diagnóstico, procedimientos, prescripción y administración de medicamentos, servicios de lentes de contacto solicitados y otros servicios que pueden ser aconsejables para mi salud y bienestar. Reconozco que no me han dado ninguna representación, garantía o garantía con respecto a los resultados de las curas, ni he confiado en dichas representaciones y / o garantías.
- 4. Consentimiento para Obtener el Historial de Medicamentos Pasado y Presente:** Doy mi permiso y doy mi consentimiento para permitirle a Spectrum Eye Care, Inc, PS, obtener mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y mis otros proveedores de atención médica.
- 5. Autorización para liberar Información de Medicare y Medicaid:** Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago de las agencias de Medicare y / o Medicaid es correcta. Entiendo que los servicios de atención médica pagados en virtud de Medicare y Medicaid están sujetos a la revisión de las organizaciones de revisión profesional, que pueden recomendar la denegación de pago si mi condición no garantiza la continuación de la atención. Por la presente, autorizo a las agencias responsables de determinar la elegibilidad bajo estos programas a proporcionar a Spectrum Eye Care, Inc, PS, y / o mi (s) médico (s), cualquier información relacionada con la determinación de mi elegibilidad. Autorizo a Spectrum Eye Care, Inc, PS, a enviar un reclamo a Medicare y / o Medicaid para el pago. Solicito que el pago de las facturas por servicios provistos bajo los programas de Medicare y / o Medicaid se haga a mí o a Spectrum Eye Care, Inc, PS, como el formulario de reclamo individual y a Spectrum Eye Care, Inc., PS, que pueden dirigir.
- 6. Aviso de Facturación Anticipada / Renuncia de Responsabilidad:** Su médico, después de la historia y el examen físico, puede recomendar o recomendar ciertas pruebas y / o estudios que Medicare, Medicaid u otro tercero pagador determine que son médicamente innecesarios. Si su médico u otro profesional de la salud de Spectrum Eye Care, Inc, PS, tiene motivos para creer que Medicare, Medicaid u otro tercero pagador puede denegar la cobertura, se le informará y se le solicitará que firme una Facturación Avanzada Aviso (ABN) y / u otra renuncia que reconoce que ha sido informado de dicha información y acepta pagar a Spectrum Eye Care, Inc., PS, por estos servicios si Medicare, Medicaid u otro tercero pagador deniegan el pago del beneficio. Su médico solo recomendará y / o asesorará estudios y / o exámenes, que él / ella considere que son para su beneficio.
- 7. Autorización de por Vida de Beneficiarios de Medicare (SOLICITA A PACIENTES DE MEDICARE ÚNICAMENTE):** Por este medio solicito que Spectrum Eye Care, Inc, PS me pague a mí o en mi nombre los beneficios autorizados de Medicare como formulario de reclamo individual y Spectrum Eye Care , Inc, PS, puede dirigirme para cualquier servicio que me proporcione Spectrum Eye Care, Inc, PS. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y / o Administración de Financiamiento de Atención Médica (HCFA) y a sus agentes toda la información necesaria para determinar beneficios o beneficios relacionados.
- 8. Autorización para Archivar un Seguro Automáticamente:** Por la presente solicito y autorizo a Spectrum Eye Care, Inc., PS, a presentar reclamaciones automáticamente después de que se me hayan prestado los servicios. Aconsejaré por escrito a Spectrum Eye Care, Inc., PS, cualquier alteración a esta solicitud y autoridad.
- 9. Pago:** Acepto y entiendo que tengo la responsabilidad de pagar TODOS los servicios y / o materiales provistos por Spectrum Eye Care, Inc, PS, y puedo solicitar en cualquier momento sobre tarifas por servicios y / o materiales específicos. En el caso de que un saldo se deba a la hora o en el momento en que se realizan los servicios y / o se ordena o dispensación material, acepto pagar todos los saldos pendientes en su totalidad. Acepto pagar cualquier saldo que no haya pagado mi seguro después de los 90 días posteriores al momento de los servicios y / o pedido de material (es). También estoy de acuerdo y entiendo que Spectrum Eye Care, Inc., PS, puede cobrar una tarifa de hasta \$ 10 por estado de cuenta por saldos vencidos durante 30 días. Garantizo el pago total y completo de todos los cargos por la atención prestada y los materiales ordenados en mi nombre por Spectrum Eye Care, Inc., PS y sus médicos. Esta es una garantía de pago y no solo de cobro, y acepto ser directamente responsable del pago de todos los cargos. Si no pago los saldos pendientes y Spectrum Eye Care, Inc., PS, necesita iniciar los esfuerzos de cobranza en mi contra, acepto pagarle a Spectrum Eye Care, Inc. todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de los abogados. incurrido en relación con eso. Además, estoy de acuerdo en que esta autorización otorga el consentimiento para que Spectrum Eye Care, Inc., PS, divulgue y obtenga información crediticia de la Oficina de Crédito y la Agencia de Cobranza del área.
- 10. Asignación de Beneficios de Seguro (sin incluir Medicare):** Autorizo el pago directamente a Spectrum Eye Care, Inc, PS, de productos médicos y / o servicios de visión, bienes y servicios médicos, o beneficios médicos y / o quirúrgicos que de otro modo serían pagaderos a mí. Entiendo que soy financieramente responsable ante Spectrum Eye Care, Inc., PS, por sus servicios en relación con el tratamiento prestado durante los encuentros. Cualquier monto excedente (crédito no aplicado) se puede aplicar primero al pago de cualquier otro endeudamiento que yo o mis dependientes legales paguen por otro tratamiento prestado y se me pagará el saldo, si queda algo más de \$20. Acepto que los créditos de la cuenta sean inferiores a \$ 20 pueden permanecer para uso futuro o hasta que se solicite el reembolso por escrito.
- 11. Pacientes Menores / Dependientes Legales:** Por todos los servicios prestados y los materiales dispensados, la (s) parte (s) legalmente responsable (s) está (n) sujeta (s) a estos términos.
- 12. Propiedad Personal:** Spectrum Eye Care, Inc., PS, no es responsable de los bienes personales que se lleven o usen en la propiedad. Se tomarán todas las precauciones para asegurar que no haya pérdidas. sin embargo, se insta a los pacientes a no usar joyas que deban eliminarse para su examen, pruebas de diagnóstico o tratamiento.
- 13. Cancelación de Citas:** Si no puede cancelar su cita con 24 horas de anticipación, puede estar sujeto a una tarifa de \$ 50 por no presentarse.
- 14. Este Acuerdo Reemplaza Cualquier Acuerdo Previo Entre Paciente y Cliente:** Reconozco que este Acuerdo de paciente firmado reemplaza y reemplaza cualquier otro Acuerdo de paciente entre yo y Spectrum Eye Care, Inc, PS. También reconozco que este es mi aviso por escrito de tal.
- 15. Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad:** Reconozco que se me ha brindado la oportunidad de revisar y / o haber recibido una copia actual de Spectrum Eye Care, Inc., PS, aviso de prácticas de privacidad.

He leído, entiendo y acepto las disposiciones anteriores relacionadas con mi relación con Spectrum Eye Care, Inc, PS. Reconozco que todas las preguntas relacionadas con cualquier parte de este acuerdo han sido respondidas a mi entera satisfacción y satisfacción. Este acuerdo permanecerá vigente hasta que lo revoque por escrito. Una fotocopia de este acuerdo para tratamiento, firma en el archivo, asignación de beneficios y acuerdo financiero se considera tan válida como el original.

Firma de la persona legalmente responsable

Nombre en Molde

Fecha

Nombre del dependiente en molde (Si aplica)

Formulario de registro del paciente - Spectrum Eye Care, Inc, PS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE – Favor de completar este formulario con **tinta negra**. Llénelo lo mejor que pueda.

Nombre del Paciente: _____

Dirección Postal: _____

Domicilio Particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Prefiere recibir las llamadas en: Casa Celular Trabajo

*****Por favor conéctese en línea al www.spectrumeyecarechelan.com*****

Por favor escriba el correo electrónico de usted o el de su familia _____

Tipo de comunicación preferido: correo electrónico postal teléfono (Tenemos que enviarle algunas cosas por correo postal, como las facturas)

Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Cónyuge de paciente / pareja: _____ Teléfono: _____

Escuela o Empleador de paciente: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

En caso de emergencia ¿Con cuál persona o pariente podemos comunicarnos quien no vive con usted? _____ Teléfono: _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro, favor de ser específico: _____

Raza, Etnia: Indígena de América o de Alaska Asiático Afro-Americano o Moreno Hispano / Latino Anglo
 Nativo Hawaiano u otra Isla Pacífica Otro – Por favor especifique cual: _____

¿A quién podemos dar gracias por haberle recomendado a usted a nuestra clínica?: _____

Si el paciente es menor de edad, favor de proveer el nombre del padre o tutor legal:

Nombre: _____ Relación: _____

Persona responsable para la cuenta (si no es la misma de arriba):

Nombre: _____

Dirección Postal: _____

Domicilio Particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Nombre y Dirección del Empleador: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO *FAVOR PRESENTA SU IDENTIFICACIÓN Y TARJETA DE SEGURO O “ASEGURANZA” A LA RECEPCIONISTA*****

¿Tiene usted seguro médico? Sí No ¿Tiene usted seguro de visión? Sí No

Firma de la persona legalmente responsable

Nombre en Molde

Fecha

Nombre del dependiente en molde (Si aplica)

PACIENTES CON MEDICARE: Medicare no paga la porción rutinaria del examen de los ojos, que se llama “refracción ocular”, lo cual determinara que debería ser la receta de sus lentes. ¡Gracias!

Cuestionario para Nuevos Pacientes -Spectrum Eye Care, Inc., PS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de examen: _____

Fecha del Último Examen de Ojos: _____ Trabajo: _____ Doctor de Cabecera: _____

HISTORIAL DE LENTES Y PUPILENTES

¿Lo que usa para corregir su visión actualmente? Nada Lentes Pupilentes Ambos

¿No has podido adaptarte a los anteojos en el pasado? Sí No Sí así fue, explique: _____

¿Le interesa probarlos esta vez? Sí No

HISTORIAL DE LA SALUD DE LOS OJOS DE USTED Y DE SU FAMILIA

¿Sufre usted o algún pariente biológico de una de las siguientes condiciones?

Glaucoma Si / No Si así es, ¿quién?: _____ Estrabismo (Bizco) Si / No Si así es, ¿quién?: _____

Degeneración Macular Si / No Si así es, ¿quién?: _____ Ojo Seco Si / No Si así es, ¿quién?: _____

Desprendimiento de Retina Si / No Si así es, ¿quién?: _____ Daltonismo (no distingue colores) Si / No Si así es, ¿quién?: _____

Ambliopía (ojo vago) Si / No Si así es, ¿quién?: _____ Ceguera Si / No Si así es, ¿quién?: _____

Cataratas Si / No Si así es, ¿quién?: _____ Otro: _____

¿Ha recibido alguna lesión a la cara u ojo? Sí No ¿De qué tipo? _____ Fecha: _____

¿De qué tipo? _____ Fecha: _____

¿Alguna vez se ha sometido a una operación de la cara u ojo? Sí No ¿De qué tipo? _____ Fecha: _____

¿De qué tipo? _____ Fecha: _____

¿Como se llama el cirujano que le operó? _____ Ciudad: _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Usa tabaco? Si / No Si así es ¿de qué clase? _____ Cantidad por día: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Si fumaba antes, pero ya no: Cantidad por día: _____ ¿Por cuánto tiempo? : _____ Fecha cuando lo dejó: _____

¿Toma alcohol? Si / No Si así es ¿de qué clase? _____ Cantidad por día: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Usa narcóticos u otras drogas? Si / No ¿De qué tipo? _____ Cantidad por día: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? Si / No ¿De qué clase? _____

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Medicamentos que toma actualmente: Ninguno _____

Medicamentos que Actualmente Toma para los Ojos: Ninguno _____

Suplementos que Actualmente Toma: Ninguno _____

¿Es usted alérgico a cosas en general?: Si / No ¿a qué? _____ ¿Qué le sucede? _____

¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____

¿Es usted alérgico a medicamentos?: Si / No ¿a qué? _____ ¿Qué le sucede? _____

¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____

HISTORIAL MÉDICO Y REPASO DE SISTEMAS

Por favor marque cualquier condición o síntomas que tiene, ha experimentado o está experimentando:

Alergias

- Alergias a los alimentos
- Alergias a los medicamentos

Cardiovascular

- Presión alta
- Ataque cardiaco
- Colesterol alto
- Stent Coronario
- Apoplejía
- Enfermedad Arterial Coronaria
- Latido Irregular del Corazón
- Otro: _____

Endocrino

- Diabetes
- Desorden del Tiroides
- Intolerancia al Frio o Calor
- Siempre tengo Sed
- Aumento Significante de Peso
- Pérdida Significante de Peso
- Otro: _____

Gastrointestinal

- Dolor Abdominal
- Reflujo Ácido
- Síndrome de Colon Irritable
- Nausea
- Otro: _____

Genitourinario

- Micción Dolorosa
- Lesiones Genitales
- Flujo Urético
- Desorden Renal
- Otro: _____

Oídos, Nariz, Garganta, Boca

- Pérdida Auditiva
- Síntomas de sinusitis
- Vértigo
- Otro: _____

Hematología, Linfa

- Hemorragia Descontrolada
- Moretones Excesivos
- Transfusión de Sangre
- Otro: _____

Inmunología

- Artritis Reumatoide
- Esclerosis Múltiple
- Lupus
- Cáncer
- Alergias Ambientales
- Alergias Estacionales
- Otro: _____

Piel

- Sarpullido
- Cáncer de la Piel
- Llagas en la Piel
- Otro: _____

Musculosquelético

- Dolor de Espalda
- Dolor o inflamación de Articulaciones
- Debilidad de los Músculos
- Otro: _____

Neurológico

- Debilidad
- Dolores de Cabeza Inusuales
- Pérdida de Memoria
- Entumecimiento
- Otro: _____

Psiquiátrico

- Depresión
- Alucinaciones
- Irritabilidad Excesiva
- Ansiedad /Nerviosismo
- Otro: _____

Respiratorio

- Asma
- Tos Persistente
- Falta de Aire
- Apnea de Sueño
- Otro: _____

Constitucional

- Cansancio Extremo
- Fiebre
- Otro: _____

¿Le han hecho alguna cirugía sistémica (del cuerpo en general)? Sí / No si contesta que sí, por favor especifica sus operaciones:

Si usted es mujer ¿está embarazada o le da el pecho al niño? No Embarazada Doy pecho

Para pacientes de dieciocho años o menos, complete tanto como sea posible

Peso al nacer: _____ libras _____ onzas Edad gestacional cuando nació: _____ semanas ¿Por cesárea? Si No

- ¿Tuvo problemas durante el embarazo? _____ Fumaba Tomaba Alcohol Usaba drogas
- ¿Tuvo problemas en el parto o se empleó fórceps? _____
- ¿Nació más de dos semanas después o antes de la fecha dada para su parto? _____
- ¿Fue internada cuando dio a luz? Si así fue ¿por cuantos días o semanas? _____
- ¿Está atrasado en su desarrollo su hijo? ¿Cuál es la edad funcional de su hijo? _____

Desempeño académico: excelente por encima del promedio promedio debajo del promedio pobre

tiempo pasado al aire libre: _____ horas al día tiempo dedicado a realizar tareas visuales cercanas, como lectura y tiempo de pantalla: _____ horas al día

Firma de la Persona Legalmente Responsable

Nombre en Letra de Molde

Fecha

Nombre del Dependiente en Letra de Molde (si aplica)