

# VISION SOURCE™

Eyecare and Gallery

Dr. Reyna Hernandez, O.D.  
1208 Village Creek Drive #104  
Plano, Texas 75093  
(972) 931-1133

## Formas De Registro

Fecha:			
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>			
Apellido Del Paciente:	Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra <input type="checkbox"/> Señorita
			Estado Civil(Elija Uno) Soltero/a /Casado/a / Divorciado/a Separado/a / Viudo/a
Apodo:	Fecha De Nacimiento:	Edad:	Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Número De Seguro Social:	Número De Teléfono De Casa: ( )
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número De Teléfono Del Celular : ( )
Email:	Doctor Primario:		Número De Teléfono Del Doctor: ( )
Número De Licencia De Conductor:			
Nombre De Esposo/a:	Fecha De Nacimiento De Esposo/a:	Edad:	Empleador Del Esposo/a:      Número De Seguro Social Del Esposo/a:
¿Como Podemos Comunicarnos Con Ud. En El Futuro? <input type="checkbox"/> No. De Celular <input type="checkbox"/> Mensaje De Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> No. De Casa <input type="checkbox"/> No. De Trabajo <input type="checkbox"/> Correo			
<b>INFORMACIÓN DE SEGUROS</b>			
Persona Responsable de la cuenta:	Fecha De Nacimiento:	Número De Licencia De Conductor Del Asegurado:	Número De Teléfono De Casa: ( )
Nombre De Seguro De Visión:	Número De Grupo:	Número De Póliza:	
¿Este Miembro Es Un Paciente Aquí? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Yo Viene a Vision Source-Garland porque:	
		<input type="checkbox"/> Mi Esposo/a Me Obligó. <input type="checkbox"/> Lista De Seguros. <input type="checkbox"/> ZocDoc.Com <input type="checkbox"/> Me Perdi. Yo Buscaba Un McDonald's. <input type="checkbox"/> Fui Referido Por Dr. _____ <input type="checkbox"/> Fui Referido Por Otro Paciente(Nombre) _____	
Razon de Visita:			Ultimo Chequeo:
¿Tiene El Paciente Cobertura Médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
La Relación Del Paciente Con El Asegurado?: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro			
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
Nombre De Amigo Local O Pariente:	Relación A Paciente:	Número De Teléfono De Casa: ( )	Número De Teléfono Del Trabajo: ( )
La presente información es verdadera a lo mayor de mi conocimiento. Autorizo a el seguro para pagar directo a la Doctora. Entirndo que soy económicamente responsable de cualquier balance. Tambien autorizo a Vision Source o la compañía de seguros para intercambiar cualquier informacón referencia a mis reclamos.			
Firma De Paciente/Guardián		Fecha	

## **Póliza de la Oficina**

Nosotros queremos que su experiencia en Visión Source sea una positiva. Logramos esto trabajando en equipo para proveerle servicio y calidad. Para que usted reciba los mejores servicios posibles necesitamos que usted se integre a nuestro equipo. El siguiente es un resumen de la póliza y las reglas de nuestra oficina. Esperamos poderle entregar la información que es importante y necesaria para que usted pueda tomar las mejores decisiones para con su salud.

### **Horas de Oficina:**

Nuestras horas de oficina son de Lunes a Viernes de 9:00am a 6:00pm y los Sábados de 9:00am a 1:00pm

### **Citas:**

Las visitas son por medio de cita solamente. Nos esforzamos por ver nuestros pacientes puntualmente a la hora de su cita. Como usted sabe, emergencias ocurren y esto puede causar retrasos. Si un paciente llegase tarde a su cita, esta podría ser cancelada y cambiada para otro día.

Nosotros entendemos que hay ocasiones en las cuales usted necesitara cambiar su cita. Para poder mantener la disponibilidad para otros pacientes le pedimos que cordialmente cancele su cita con 24 horas de anticipación. Un monto de \$25.00 se cobrará si usted no viene a su cita ó no llama para cancelarla. Menores de edad serán atendidos cuando estén acompañados por sus padres o guardián legal.

### **Llamadas Telefónicas:**

Le pedimos que todas las llamadas que no estén relacionadas con una emergencia sean hechas durante las horas de oficina cuando su expediente está disponible. Nosotros le devolveremos la llamada lo más pronto posible. Llamadas para llenar su receta no serán completadas después de las horas de oficina. Llamadas recibidas a partir de las 5:00pm serán respondidas en el siguiente día de negocios.

### **Pacientes/Pagos de Seguros:**

El pago total se deberá pagar en el momento que el servicio sea rendido. El pago puede ser hecho en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Necesitamos su información de seguro actual y precisa. Por favor mantenga al día su información de seguro medico cuando haga cambios a su póliza. Nuestro objetivo es ayudarle a entender y usar sus beneficios de seguro eficientemente. Si usted está asegurado con un plan de visión en el cual nuestra oficina participa, colectaremos la porción cual usted es responsable y el resto será sometido al seguro. Nuestra oficina se esforzara para negociar y disputar.

**Iniciales** \_\_\_\_\_

En cuanto a facturas pendientes con la compañía de seguro el monto total por los servicios ofrecidos es responsabilidad del paciente. Queremos informarle que la mayoría de las compañías de seguro no cubren 100% de los servicios brindados. Una vez que nuestra oficina someta el trámite a su compañía de seguro, si usted tiene un balance restante en su cuenta (aunque usted haya pagado por su porción de deducible el día que usted recibió los servicios), nuestra oficina le enviara una factura. Le pedimos que por favor pague esta factura al momento de recibirla. No dude en contactar nuestra oficina y pedir hablar con la coordinadora de seguros para asistirle con preguntas acerca de su cuenta o acerca de su cobertura de seguro.

**HIPPA:**

Reconozco que he recibido y leído la póliza de HIPPA, y al firmar este documento estoy aceptando los términos de HIPPA.

**Historiales Médicos:**

Todos los historiales médicos solicitados necesitan ser pedidos por escrito. La Asociación de Optometristas del Estado de Texas (Texas State Board of Optometry) nos permite cobrar una cuota por procesar su historial. La cuota debe ser pagada con anticipación para copiar y enviar su historial. El costo de procesar su historial es de \$25.00 que incluye: copias de su archivo y por el envío.

**Cita de Seguimiento:**

Todos los pacientes que usen lentes de contacto o espejuelos tendrán un período de dos meses para hacer una cita de seguimiento. Esta cita de seguimiento no tiene costo y debe ser hecha en un período de dos meses a partir del primer día del examen. Este período se utiliza para correcciones de cualquier problema con su visión. Una vez que este período de dos meses haya expirado habrá un cargo por visitas de oficina.

**Cheques Devueltos:**

Habrá un cargo de \$30.00 por todos los cheques devueltos.

**Reembolsos y Créditos:**

No damos reembolsos, solamente damos crédito para usarse en la oficina. Créditos son válidos por un año a partir de la fecha en que fue emitido. Válido sólo para espejuelos ó surtido de lentes de contacto.

**Emergencias:**

Un monto de \$25.00 se cobrará por toda llamada hecha a la doctora después de horas de operación. Para emergencias oculares que sucedan fuera de nuestras horas de operación favor de llamar al número de la oficina y seguir las instrucciones. Si usted está teniendo una emergencia de vida o muerte porfavor llame al 911.

**Procesamiento de sus Lentes:**

En un esfuerzo por brindar un servicio oportuno y rápido para con sus lentes de prescripción, éstos se envían inmediatamente al laboratorio para procesar. Como tal , una vez que su receta se ha molido en los lentes, estas órdenes no pueden ser canceladas.

**Al firmar, acepta que ha leído y está de acuerdo con la póliza y las reglas de la oficina de Vision Source- Garland.**

Guardián/Paciente

Fecha

# VISION SOURCE

Reyna Hernandez OD  
3385 Naaman School Road  
Garland, Texas 75040  
(972) 496-2020

## Responsabilidad Financiera

- Pacientes son responsables por saldos acumulados de todos los servicios profesionales brindados en nuestra oficina. **Estos pueden incluir servicios que no están cubiertos por su póliza de seguro.** Podemos darle un estimado de lo que costará su consulta, pero no podemos garantizar cuál porcentaje será cubierto por su póliza de seguro.
- Pacientes son responsables de actualizar la información de su póliza de seguro **en cada visita.** De lo contrario, el paciente será responsable de pagar los servicios brindados en su totalidad. Como cortesía, le ayudaremos a presentar la reclamación a su seguro.
- Pacientes deberán saber cuál es su co-pago respectivo y sus limitaciones. Si usted tiene preguntas acerca de la cobertura de su póliza de seguro, usted deberá comunicarse con el servicio al cliente, número telefónico que se encuentra en su tarjeta de seguro.
- Pacientes son responsables de presentarse a sus citas. **Si un paciente no se presenta, sin una notificación previa de 24 horas, se cobrará una tarifa de \$25.00.**
- Pacientes deberán presentar su tarjeta de seguro e identificación en cada cita. De lo contrario, su cita será reprogramada para otro día.

**Entiendo lo que se mencionó anteriormente y estoy de acuerdo con lo descrito. Acepto que todos los saldos se deben pagar y se deben a Vision Source Garland. Si mi cuenta no se ha pagado/cancelado dentro de 90 días de el día de servicio, yo tendré que pagar las tarifas legales ó penalizaciones por parte de la compañía de colección enviadas a Vision Source Garland.**

**La duración de este documento es indefinido y continúa hasta ser revocado por escrito. Yo entiendo que al NO firmar este documento, yo soy responsable por pagar todo servicio, en su totalidad, antes de que éstos sean brindados.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Guardián Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**