



REINGOLD

E Y E C E N T E R

Paquete de Información para Pacientes Nuevos

12139 Riverside Dr.
Valley Village, CA 91607
818.763.EYES (3937)
www.reingoldeyecenter.com

Reingold Eye Center

Hoja de Registro para el Paciente (Por favor, escriba en letra de imprenta)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono fijo: _____ Trabajo: _____ Cel: _____

Operador de telefonía móvil: _____ (*para recibir un recordatorio de cita por mensaje de texto*)

Núm. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

E-Mail: _____

Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: S C D V SEP

Nombre del Cónyuge/Pariente: _____

Parte responsable: _____ Relación: _____

Empleado por: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Referido por: _____ Núm. Tel: _____

Médico de cabecera del paciente: _____ Núm. Tel: _____

***** En caso de emergencia, por favor contacte (NOMBRE):** _____

Núm. Tel: _____ Relación: _____

Seguro: (Primario) _____

Secundario, si procede: _____

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación, y autorizo la liberación del pago de los beneficios médicos a mi médico. Tengo entendido que soy financieramente responsable ante dicho médico por todos los cargos. No prestamos servicios bajo la suposición de que sus cargos serán pagados por su compañía de seguros.

He sido informado y entiendo que si mis ojos se dilatan, mi visión será borrosa durante aproximadamente 4 horas y puede que no pueda conducir durante este tiempo.

1. Firma del paciente: _____ Fecha: _____

2. Firma del paciente: _____ Fecha: _____

3. Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Formulario para la Historia Médica

Nombre: _____ Fecha: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha últ. examen de la vista: _____

Indique los medicamentos que toma actualmente (Recetados y de venta libre) _____
¿Tiene alguna alergia a algún medicamento? Sí No Si la respuesta es afirmativa, por favor indique _____
Indique sus enfermedades más importantes: (glaucoma, diabetes, presión alta, ataque cardíaco etc.) o lesiones (conmociones cerebrales, etc.) _____
Indique TODAS las cirugías que ha tenido (cataratas, apendicectomía, _____ etc): _____

¿Tiene **ACTUALMENTE** algún problema en las siguientes áreas? Si la respuesta es **AFIRMATIVA**, por favor proporcione información adicional.

	SÍ	NO	Detalles
Ojos (mala visión, dolor de ojos, lagrimeo, enrojecimiento, etc.)			
General / Constitucional (fiebre, insolación, pérdida de peso, aumento de peso, cansancio inusual)			
Oídos, Nariz, Garganta (dificultades de audición, congestión nasal, dolor de oídos, tos, sequedad de boca, etc.)			
Cardiovascular (presión arterial alta, pulso acelerado, etc.)			
Respiratorio (congestión, jadeos, falta de aliento, etc.)			
Gastrointestinal (malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlcera, etc.)			
Genital, Riñón, Urinario (dolor al orinar, micción frecuente, impotencia, ictericia amarilla, etc.)			
Femenino: ¿Está embarazada? ¿Amamantando?			
Músculos, Huesos, Articulaciones (dolor articular, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.)			
Piel (espinillas, verrugas, brotes, sarpullido, etc.)			
Neurológico (entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, etc.)			
Psiquiátrico (ansiedad, depresión, insomnio)			
Endocrino (diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
Sangre / Linfa (hemorragias, colesterolemia, anemia, problemas relacionados con la transfusión de sangre, etc.)			
Alérgico / Inmunológico (estornudos, hinchazón, enrojecimiento, picazón, urticaria, lupus, etc.)			

Historia Familiar (Madre, Padre, Abuelos, Hermanos)

¿Algún miembro de su familia ha tenido estas enfermedades (encierre en _____) Sí No No sé
Ceguera, cataratas, glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad de la tiroides, artritis y otras enfermedades hereditarias:

Historia Social

¿Su visión limita alguna actividad de la vida diaria? (Manejar, leer, deportes, trabajo, etc.)? Sí NO
¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre? Sí No
¿Bebe Alcohol? Sí No Si es afirmativo, ¿cuánto? _____
¿Fuma? Sí No Si es afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Por cuántos años? _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____



Políticas del Consultorio

Todos los copagos deben ser pagados en su totalidad en el momento de cada visita.
Se cobrará un cargo adicional de \$25.00 si el pago no se cobra al momento del servicio.

Prescripciones de Refracción y Lentes de Contacto:

La refracción (prescripción de lentes) y la prescripción de lentes de contacto, las evaluaciones, los ajustes y los suministros no suelen estar cubiertos por sus pólizas de seguro médico y/o de visión y no se incluyen como parte de un examen ocular completo.

Las tasas de refracción, adaptación de lentes de contacto y evaluación son las siguientes:

(las lentes de contacto y las tasas de suministro no están incluidas)

- **Refracciones (prescripción de lentes)** **\$59.00**
 El seguro médico no puede ser facturado por este servicio.
Se prevé el pago en el momento de la consulta.
- **Evaluación de lentes de contacto y sobre-refracción** **\$60.00 –**
 Para los pacientes que se han sometido a una evaluación previa de lentes de contacto en Reingold Eye Center o para los nuevos pacientes que actualmente usan lentes de contacto; *sobre el tipo CL* **\$145.00**
(esto es necesario para actualizar la receta actual)
- **Ajuste y adiestramiento de las nuevas lentes de contacto** **\$125.00 –**
 Se aplica a todos los usuarios primerizos de lentes de contacto **\$225.00**
 Incluye topografía de la córnea, seguimiento de las revisiones de los lentes de contacto y el primer par de lentes de contacto desechables en el momento de la colocación
 Uso diario y lentes de contacto blandos desechables esféricos y tóricos solamente.
 Por favor, espere 1 hora (además del examen)
La prescripción es válida por un año.
- **Capacitación adicional sobre la inserción y extracción de lentes de contacto blandas** **\$35.00**
- **Lentes de contacto resistentes y permeables al gas** **\$250.00**
- **Examen LASIK de 2 horas** **\$200.00**
 La responsabilidad financiera del paciente en el momento del servicio.
 Siempre que el LASIK se realice dentro de los 30 días del examen, los honorarios del examen se acreditarán al costo del procedimiento
- CARGO ADICIONAL POR EL PROCESO DE MONOVISIÓN** **\$50.00**
- **POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE 48 HORAS** **\$25.00**
 Nota: Los pacientes deben avisar con 48 horas de antelación a su cita si quieren cambiarla o cancelarla. Se aplicará un cargo de 25 dólares si no se avisa con 48 horas de antelación. Todas las tarjetas de crédito de los pacientes serán archivadas.
- **Citas de seguimiento que excedan los 90 días desde la visita inicial para los contactos o los lentes tendrán un cargo adicional.** **\$49.00**
(Esto incluye cambios en la marca de los lentes de contacto, cambios en la receta médica, etc.)

- **Si la dilatación es diferida por el paciente en el momento del servicio y el paciente decide volver más tarde para la dilatación, se cobrará una nueva cuota de visita al consultorio en ese momento del servicio.** **\$100.00**
- **Política de renovación óptica** – Ofrecemos una única revisión dentro de los 30 días de la fecha de compra de los lentes para volver a hacerlos sin costo alguno. Los lentes, como los progresivos, se hacen a medida para adaptarse a cada paciente. Si no puede adaptarse al diseño de los lentes progresivos, con gusto lo rehacemos en una lente bifocal o de visión única sin cargo adicional. Sin embargo, como se trata de un pedido personalizado, el costo original de los lentes no será reembolsado. Si el paciente tiene que rehacer los lentes después de los 30 días, el laboratorio podrá decidir si se le cobrará un cargo adicional.
- **Liberación/copia de los registros de los pacientes a los pacientes** **\$35.00**

Entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior.

Firma del paciente o del padre/tutor

Fecha



POLÍTICA FINANCIERA DEL CONSULTORIO Y CONTRATO DE SERVICIOS

POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES AL LADO DE CADA NÚMERO

_____1. Entiendo que Warren J Reingold MD AMC facturará a mi seguro como una cortesía, pero la parte que corresponde a mi paciente (copagos por visitas al consultorio, deducible y co-seguro por procedimientos) es mi responsabilidad y se debe pagar en el momento del servicio. Si su personal no puede determinar cuál será mi responsabilidad, se me facturará y mi pago vencerá al recibir la primera factura. Un cargo de interés del 1,5% mensual o del 18% anual también puede aplicarse a los saldos atrasados. Si su cuenta se envía a una agencia de cobro externa, se añadirá un cargo del 30% a su saldo pendiente. Esta política de la oficina es un esfuerzo para reducir los costos relacionados con nuestros esfuerzos de cobro para que podamos ofrecerle una atención médica más asequible en general.

_____2. Entiendo que si Warren J Reingold MD AMC está contratado con mi compañía de seguros, aplicará el ajuste contratado a mis reclamos reduciendo mis costos. Si tengo Medicare, usted presentará mi seguro secundario. Tanto para Medicare como para otros seguros importantes, entiendo que su personal me notificará de cualquier servicio recomendado para mí que mi seguro no cubra. Entiendo que estos servicios no cubiertos que pueden ser considerados no médicamente necesarios por mi seguro son mi responsabilidad y que el ajuste de tarifas contratado no se aplicará.

_____3. Autorizo a Warren J Reingold MD AMC a revelar cualquier información a mi compañía de seguros, regulador o abogado involucrado en este caso.

_____4. He recibido una copia de la notificación en la que se me informa de mis derechos de privacidad y entiendo que la información sobre mi salud se utilizará para el tratamiento, la facturación y el funcionamiento del consultorio.

_____5. Si mi seguro no paga mi reclamación a tiempo, autorizo a Warren J Reingold MD AMC a iniciar una queja ante el Comisionado de Seguros por cualquier razón en mi nombre.

_____6. Autorizo que el pago sea hecho por mi compañía de seguros directamente a Warren J Reingold MD AMC. Si mi póliza actual prohíbe el pago directo a Warren J Reingold MD AMC, por la presente instruyo a mi compañía de seguros que haga el cheque a mi nombre y lo envíe por correo a la siguiente dirección 12139 Riverside Dr. Valley Village, CA 91607. ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA PÓLIZA.

_____7. Autorizo a Warren J Reingold MD AMC a depositar los cheques recibidos en mi cuenta por los servicios prestados si se hacen a mi nombre.

_____8. Mi principal compañía de seguros _____, es responsable de este proyecto de ley. Puedo tener un beneficio secundario con otra compañía de seguros, pero la responsabilidad primaria de mi reclamo es con la compañía de seguros _____. Una fotocopia de este acuerdo financiero se considerará tan efectiva y válida como el original.

Al firmar este documento, reconozco que he leído y acepto todos los términos del acuerdo anterior. También entiendo que soy bienvenido y me animo a expresar todas las preocupaciones que surjan de los aspectos financieros de mi atención médica.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Firma _____ Fecha _____

RENUNCIA A LA ELEGIBILIDAD DEL SEGURO

Es imperativo que confirme y actualice su seguro con nosotros antes de cada visita al consultorio. A menudo hay múltiples pólizas bajo cada seguro, es su responsabilidad saber qué proveedor y servicios están cubiertos por su póliza de seguro. Los copagos se deben y se cobran en el momento de cada visita al consultorio. Son parte de su contrato de seguro y estamos OBLIGADOS a recaudarlos.

Facturación

Para que usted reciba la cobertura de seguro apropiada, se debe proporcionar lo siguiente correctamente:

1. Información demográfica actualizada y precisa (dirección, números de teléfono, etc.) y números de póliza de seguro. Por favor, asegúrese de que su formulario demográfico se complete con precisión.
2. Las tarjetas de seguro físico para su cobertura de seguro actual y activa deben ser presentadas el día de su cita. Debemos tener esto, para poder facturar a la compañía de seguros a tiempo. Si se niegan las reclamaciones sin cobertura, se le facturará directamente el pago. Una vez que proporcione la información del seguro actual, estaremos encantados de facturar el seguro actualizado proporcionado si se encuentra dentro de los límites de presentación de su nueva póliza.

Referencias

Si necesita servicios fuera de nuestro consultorio, su médico lo dirigirá a un proveedor que sea el más adecuado para manejar su atención médica. Si ese proveedor no está en la red de su seguro, es su responsabilidad llamar a su seguro para localizar un proveedor dentro de la red en la misma especialidad.

Citas perdidas

Nuestra política de cancelación es de 48 horas. Habrá un cargo de 25 dólares por las citas que no se cancelen dentro de ese plazo. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo las citas programadas o notificándonos de inmediato si no puede mantener una cita.

Entiendo que si no soy elegible para los beneficios del seguro para la visita de hoy, seré financieramente responsable de los servicios prestados por el médico.

Firma del paciente o del padre/tutor

Fecha

12139 Riverside Drive - Valley Village, CA 91607
Teléfono: 818.763.EYES (3937) - FAX: 818.763.2331
www.reingoldeyecenter.com

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

Nombre del paciente: _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio del presente autorizo a: _____ a divulgar a:

(Personas u organizaciones autorizadas a recibir la información)

(Domicilio — calle, ciudad, estado, código postal)

la siguiente información:

- a. Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y tratamiento recibido; O
- Solo los siguientes expedientes o tipo de información (incluso las fechas):

- b. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):

Información sobre tratamiento de salud mental _____ (inicial)

Resultados de análisis de VIH _____ (inicial)

Información sobre tratamiento de alcoholismo o drogadicción _____ (inicial)

Se requiere una autorización adicional para permitir la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, según se define en las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos.¹

(sobre)

¹ Los proveedores de atención de la salud que no mantienen notas de psicoterapia según la definición de la HIPAA tal vez deseen suprimir esta frase.

OBJETIVO

Objetivo del uso o divulgación solicitados: Solicitud de paciente; O Otro:

Limitaciones, si existen: _____

VENCIMIENTO

Esta autorización vence el (*fecha*): _____

MIS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios.²
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito³ y presentar mi revocación en este domicilio: _____

Mi revocación tendrá vigencia cuando se reciba, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.⁴
- El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación en algunos casos no es prohibido por la ley del Estado de California, y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad

² Si se aplica alguna de las excepciones reconocidas por la HIPAA a esta declaración, entonces esta declaración debe ser modificada para describir las consecuencias para el individuo de una negativa a firmar la autorización cuando esa entidad cubierta pueda condicionar el tratamiento, la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad de los beneficios a la no obtención de dicha autorización. Una entidad cubierta puede condicionar el tratamiento, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios a la provisión de una autorización de la siguiente manera: (i) para realizar un tratamiento relacionado con la investigación, (ii) para obtener información en relación con la elegibilidad de un plan de salud o las determinaciones de inscripción relacionadas con la persona o para sus determinaciones de suscripción o clasificación de riesgos, o (iii) para crear información de salud para proporcionar a un tercero o para la divulgación de la información de salud a dicho tercero. No obstante, en ninguna circunstancia se podrá exigir a una persona que autorice la divulgación de notas de psicoterapia.

³ Los pacientes de programas de abuso de sustancias asistidos por el gobierno federal y los pacientes cuyos registros están cubiertos por el LPS pueden revocar una autorización verbalmente.

⁴ En virtud de la Ley HIPAA, la persona debe recibir una copia de la autorización cuando ésta haya sido solicitada por una entidad cubierta para sus propios usos y divulgaciones (véase 45 C.F.R. Sección 164.508(c)(4)).

(HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe la información sobre mi salud la revele, a menos que yo autorice dicha revelación o que ésta sea requerida por la ley o permitida por ésta.

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(*representante legal*)

NOTAS PARA LOS PROVEEDORES QUE UTILIZAN ESTE FORMULARIO:

- Si el propósito de la autorización es utilizar la información para su comercialización por un tercero que remunere al proveedor, deberá incluirse una declaración a tal efecto en el presente formulario de autorización.
- Si el propósito de la autorización es la venta de información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés), este formulario debe indicar si la PHI puede ser intercambiada por una remuneración del receptor inicial.
- El proveedor que divulgue información sobre la salud en virtud de una autorización debe comunicar al destinatario cualquier limitación contenida en la autorización [Sección 56.14 del Código Civil]. La notificación requerida puede realizarse entregando al destinatario una copia del formulario de autorización.

Información Farmacéutica

Esta información se utilizará para agilizar las recetas médicas que pueda necesitar. Por favor, complete este formulario en su totalidad. Toda la información es necesaria.

Nombre del paciente: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Número de Teléfono de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____