

**VISION SOURCE GREENWAY BOUTIQUE**  
**¡BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!**

Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento:        /        /
Dirección: _____	
SS#: _____	Número de teléfono: _____

Ahora estamos haciendo un mayor uso de correo electrónico para comunicarnos con nuestros pacientes. Para suscribirse a servicios como hacer cita, recordatorios y confirmaciones de citas, o que nos den comentarios una vez que se prestan servicios, imprima su dirección de correo electrónico actual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**POLÍTICA DE LENTES DE CONTACTO**  
**(APLICABLE SÓLO SI ESTÁS INTERESADO EN LENTES DE CONTACTO)**

Nuestro médico realiza un examen ocular completo para comprobar el estado general de sus ojos, así como pruebas adicionales que determina la fuerza y el tipo de lente de contacto que mejor se adapte a sus ojos. Esto también incluye un par de lentes de contacto de prueba y un chequeo de 1 semana para comprobar el ajuste de los contactos y la salud de los ojos.  
Los pagos que se hacen para exámenes, evaluación y ajuste de lentes de contacto y el chequeo de progreso para lentes de contactos no son reembolsables. Se permite un plazo de 30 días para visitas de seguimiento de todos los lentes de contacto. Habrá un cargo adicional a las visitas adicionales pasado el plazo de 30 días. Su receta se finaliza una vez que ha usado los contactos y ha expresado que le gustaría continuar con el orden. Una vez que la orden este hecha, las compañías de lentes de contacto no aceptan que regresemos el producto; por eso no podremos ofrecer reembolso para producto regresado.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PARA OBTENER PAGO DE TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LA SALUD.**

En el curso de la prestación de servicios a usted, creamos, recibimos y almacenamos la información de salud que lo identifique. A menudo es necesario usar y divulgar esta información de salud a fin de tratar de obtener el pago de servicios y llevar a cabo operaciones de atención médica con la participación de nuestra oficina.  
Tenemos amplio aviso de las prácticas que describen estos usos y divulgaciones en detalle. Usted es libre para referirse a este aviso en cualquier momento antes de firmar este documento de autorización. Como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad el uso y la divulgación de su información de salud es necesario para recibir seguimiento atención de este u otro profesional de la salud. Del mismo modo, el uso y la divulgación de su información de salud para fines de pago incluye nuestra presentación de información sobre su salud a un agente de facturación o un proveedor para el procesamiento de reclamaciones o obtener el pago, nuestra presentación de reclamaciones a 3<sup>rd</sup> partido pagadores para reclamaciones examinadas, determinación de beneficios y pagos, nuestra presentación de información sobre su salud a auditores contratados por 3 pagadores de parte de 3<sup>rd</sup> y aseguradores entre otros aspectos de pago descrito en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Nuestro aviso de prácticas de privacidad se actualizará cuando cambiemos dichas prácticas. Puede obtener una copia actualizada aquí en nuestra oficina o desde el sitio Web [www.visionsource.com](http://www.visionsource.com) cuando cambiemos nuestras prácticas. Al firmar este documento significa que usted acepta que podemos utilizar y divulgar su información de salud para tratar de obtener el pago de nuestros servicios, y realizar operaciones de atención médica. Su firma significa que no hay otro seguro de salud o seguro de visión (o nos han proporcionado toda la información de seguro) y que no hay ninguna garantía de pago por una compañía de seguros, será responsable del pago por los servicios recibidos en nuestra oficina. Puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento a menos que ya hemos hecho los servicios, tratamiento, solicitó el pago de nuestros servicios o realizar operaciones de atención médica en dependencia sobre nuestra capacidad de utilizar o divulgar su información de salud de conformidad con este consentimiento. Nosotros podemos declinar a servirle si opta por no firmar este formulario de consentimiento.  
Usted tiene derecho a solicitarnos que restringir los usos o revelaciones hechas a los fines del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, pero como se describe en nuestros avisos de prácticas de privacidad, no estamos obligados a aceptar estas restricciones sugeridas. Si estamos de acuerdo, sin embargo, las restricciones son vinculantes para nosotros. Nuestros avisos de prácticas de privacidad describen cómo solicitar una restricción.

HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO Y LO ACEPTO. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA FINES DE PAGO, TRATAMIENTO Y CUIDADO DE LA SALUD OPERACIÓN.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Si se firma como representante personal del paciente, describe su relación con el paciente y el origen de su autoridad para firmar este formulario.

\_\_\_\_\_  
Relación con el nombre del paciente Imprime su Nombre

**CONSENTIMIENTO DE SEGURO**

Yo, \_\_\_\_\_, doy autorización a esta práctica para liberar mis registros médicos arriba especificados a \_\_\_\_\_.  
(Nombre de la compañía de seguros)

consentimiento, estoy permitiendo que mi información médica pueda ser lanzada a petición de mi compañía de seguros con el fin de las operaciones de atención médica (incluyendo pero no limitado a, función de revisión de proveedor, pagos de reclamaciones y evaluación de la calidad). También entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento con este médico. Si se revoca, esta entendido por todos que toda la información publicada antes de la notificación de dicha revocación se hizo con mi consentimiento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## POLÍTICA DE CANCELACION Y SIN LLAMAR/SIN PRESENTARSE

Es importante que esté presente para su cita. Es una inconveniencia para otros cuando no aparece para su cita. Porfavor llámenos por lo menos 24 horas antes de su cita para evitar una cuota de cancelación de \$25. Entendemos que puedan suceder emergencias, así que permitimos lo siguiente antes de decidir no proporcionar servicios al paciente: Si un paciente no se presenta para su cita 3 veces consecutivamente, o si cancela 3 veces el mismo día de su cita consecutivamente.

## POLÍTICA FINANCIERA

¡Gracias por elegir nuestra práctica! Estamos comprometidos a tratar con éxito el cuidado de sus necesidades médicas. Sin embargo, es muy importante para nosotros que comprenda que el pago de su factura es parte de este tratamiento y atención. Le pedimos que cuidadosamente lea todos los siguientes elementos y ponga sus iniciales junto al número correspondiente.

1. \_\_\_\_\_. Si participamos con su plan de atención administrada o si tiene un plan de seguro comercial bajo el cual están cubiertos, será facturada la compañía para todos los servicios prestados. Usted será responsable en el momento de servicio para el pago de:

- **El deducible anual**
- **Copagos**
- **Cargos por servicios no cubiertos**

Antes de que se presten servicios, nuestra oficina llamará a su compañía de seguro para verificar la elegibilidad y los beneficios. **Sin embargo, la verificación de beneficios no es una garantía de pago.** Se te facturará si:

- **Obtenemos una negación de su compañía de seguros**
- **No hemos recibido pagos de la compañía de seguros dentro de 60 días de la presentación de su reclamación.**

Haremos todo lo posible para ponernos en contacto con su seguro para comprobar los beneficios, pero en caso de que no somos capaces de obtener la información, usted será responsable de su copago, así como el pago de los procedimientos realizados. Estos procedimientos incluyen pero no se limitan a cierres puntuales, análisis de glaucoma, campo visual u otras pruebas que son médicamente necesarios.

2. \_\_\_\_\_. Si usted compra gafas, lentes de contacto u otros suministros de nuestras oficinas, por favor comprenda que los suministros de productos **no son reembolsables. Todos los materiales tendrán que ser pagados por completo antes de poner la orden.** Si existe un balance debido para cualquier otro servicio o compra material desde una fecha anterior, **deben pagarse** antes de ordenar los de productos nuevos. Estaremos encantados de ajustar sus anteojos, reemplazar pastillas de nariz y tornillos sin cargo. Gastos de envío de \$10 se requiere cuando se ordena producto incluyendo reemplazos de garantía. Pueden aplicar algunas exclusiones.
3. \_\_\_\_\_. Si no tienes seguro de salud, se espera pago en su totalidad en el momento de servicio.
4. \_\_\_\_\_. Habrá una tarifa de servicio de \$35 cargada a su cuenta si su cheque es devuelto por el Banco por cualquier razón. Tras la notificación de nuestra Oficina de su cheque devuelto, el pago del saldo completo es debido inmediatamente. Aceptaremos pagos en la forma de tarjeta de crédito, efectivo o giro postal. Si fallara a responder dentro de 7 días, nuestra Oficina enviará la cuenta a Telecheck para colecciones. Puede haber cargos adicionales de Telecheck.
5. \_\_\_\_\_. Somos proveedores participantes de Medicare; por lo tanto, mandaremos una factura a Medicare directamente. Sin embargo, como con cualquier compañía de seguros, usted será responsable en el momento del pago por los siguientes servicios:

- **Los deducibles anuales**
- **Copagos**
- **Cargos por servicios no cubiertos**

También se le pedirá firmar un Advance Beneficiary Notice (ABN) en el caso de que se preste un servicio del cual nosotros sepamos que no está cubierto por Medicare.

Para su comodidad aceptamos efectivo, Money Order, Visa, MasterCard, American Express, Care crédito y Discover. Si tiene preguntas, no dude en consultarnos. Estamos aquí para ayudarle en cualquier forma posible.

Su firma significa que comprende nuestra política financiera y su responsabilidad con respecto a los gastos generados por esta Oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma (si es menor de edad, padres deben firmar)

\_\_\_\_\_  
Fecha