



OPTOMETRIST: Dr. Jesse V. Dominguez

725 E. Main St. Suite 1C
Somerton, Arizona. 85350
PH: (928) 627-4525
Fax: (928) 627-4524

INFORMACIÓN DEL PACIENTE eff. 04/08/2019

FECHA: _____

Primer Nombre _____ Apellido _____
Fecha de nacimiento _____ Sexo: () M () F Seguro Social _____
Domicilio _____ P.O. Box _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____
Teléfono: (casa) _____ (celular) _____
EMAIL: _____

HISTORIA OCULAR

Fecha de ultimo examen _____ Nombre de doctor _____
Usas lentes? () Si () No / () todo el tiempo () ocasional () lectura () para manejar
Usas contactos? () Si () No / () Suave () Duro, Marca: _____
A quien le podemos agradecer por referirte a esta oficina _____
Enumerar por favor cualquier medicamento que estés tomando _____

Enumerar por favor cualquier gota del ojo que estés usando _____
Enumerar por favor cualquier medicamento que eres alérgico a _____
Está embarazada o en lactancia? () Si () No
Fuma? () Si () No
Toma alcohol? () Si () No

Has tenido o tienes uno de los siguientes situaciones durante el ultimo ano?

- Lesión del ojo D/ I Doble visión Glaucoma
Cirugía del ojo D/ I Ojos lagrimosos D/ I Diabetes
Infección del ojo D/ I Ojos rojos D/ I Cataratas D/ I
Descarga pegajosa D/ I Dolor en el ojo D/ I Puntos o lineas flotando en el ojo D/I
Comezón en los ojos D/ I Dolor de cabeza
Ardor en los ojos D/ I Visión Borrosa D/ I Alta presión

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA: (MIEMBRO)

Aseguranza primaria:

Nombre de la persona asegurado/a _____ Fecha de nacimiento _____
Seguro Social del asegurado/a _____ Numero de ID _____
Nombre de compania _____ Nombre de aseguranza _____

Aseguranza secundaria/ suplementario:

Nombre de la persona asegurado/a _____ Fecha de nacimiento _____
Seguro Social del asegurado/a _____ Numero de ID _____
Nombre de compania _____ Nombre de aseguranza _____

Póliza de Cancelación: Se requiere aviso previo de 24 horas de cancelación. Si no puede hacer su cita, por favor llame a la oficina para que otros pacientes que están en necesidad de tratamiento se pueden programar en consecuencia.

Citas Perdidas: Los pacientes que no se presenten para su cita programada sin una notificación avanzada de 24 horas se consideraran citas perdidas/ falladas y tendrán un cargo de \$30.00.

Tardanzas: Los Pacientes que tienen mas de 15 minutos de retraso para su cita de tratamiento pueden no ser vistos y pueden ser re programados, a menos que usted haya llamado a nuestra oficina y nos deo saber sobre su retraso entonces usted puede ser visto dependiendo si la oficina tiene una cita de no show.

Citas para Tratamiento: Por favor, tenga en cuenta que solo se permitirá a un padre/ tutor en la sala de tratamiento debido al espacio limitado. Por favor, haga arreglos para sus otros niños, ya que no se les permitirá en la sala de tratamiento a menos que estén siendo vistos.

Citas para familia: Solo tres (3) miembros de una familia pueden ser programados en el mismo día para el tratamiento. Pedimos disculpas por cualquier inconveniente que esto pueda causar.

Uso del teléfono celular en la oficina y en las salas de examen / tratamiento: Tenga en cuenta que el uso de su teléfono celular persona en las salas de examen y tratamiento esta estrictamente prohibido. También esta prohibido grabar o tomar fotografías durante la visita con cualquier tipo de dispositivo.

Autorizacion para liberar información:

El 14 de abril de 2003, entró en vigencia una nueva Ley Federal, HIPAA, para proteger su información de salud personal (PID) Si necesita autorizar a otra persona para que tenga acceso a sus registros en nuestra oficina, enumérelos y su relación con usted a continuación. Tenga en cuenta que, según esta nueva ley, no podemos divulgar información a un cónyuge o padre si el menor tiene 18 años o más, independientemente de quién sea responsable de los cargos.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____

Asignacion de Aseguranza y Permiso

Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura con la compania aseguradora que menciono anteriormente; doy permiso a Somerton Eyecare Center para que, en mi nombre, cobre la cantidad correspondiente por los servicios y materiales recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, ya sea que estén o no cubiertos por mi aseguranza. Por este medio autorizo a esta oficina para que proporcione toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma para todos los cobros dirigidos a la aseguranza.

Firma de persona responsable: _____ Fecha: _____

Autorización de Medicare:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a mí o en mi nombre al Somerton Eyecare Center por cualquier servicio que me proporcione el médico. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiación de la Atención Médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. También entiendo que las refracciones por la receta de anteojos es un servicio no cubierto por Medicare y es mi responsabilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Póliza de Aseguranza

Los copagos del seguro y / o los montos deducibles vencen en el momento en que se prestan los servicios.

Cualquier saldo no pagado por la compañía de seguros se facturará al paciente. Se espera el pago al recibir el estado de cuenta.

Con mucho gusto le facturaremos a su seguro en su nombre, sin embargo, no podemos garantizar el pago de su reclamo. Si no podemos cobrarle a su compañía de seguros o si rechazan su cobertura, usted será responsable del saldo.

Matrícula

Examen completo de la vista	\$ 89
Examen de lentes de contacto A partir de	\$119- \$ 159 (excluyendo contactos especializados)
- Visita médica al consultorio por lesiones oculares: mínimo \$ 54	promedio \$ 87
-Imágenes médicas de la retina	\$ 45

(descuento en efectivo, o si no está cubierto por un seguro médico)

Por favor señale el método de pago. () contado () cheque o () debito/credito. () CareCredit

Poliza Financiera O Responsabilidad de pagos:

En el caso de que yo/nosotros fallemos a pagar por los servicios proveídos por esta oficina y la cuenta sea puesta en colecciones, yo/nosotros entendemos y estamos de acuerdo que una cantidad adicional igual al 40% de el balance debido al momento que la cuenta sea puesta en colecciones, sera agregada al balance debido, yo/nosotros estamos de acuerdo en pagar el balance debido, yo/nosotros estamos de acuerdo en pagar un interés anual de (10%) diez por ciento hasta que la cantidad sea pagada por completo. Yo/ nosotros también estamos de acuerdo en pagar todas las cuotas de abogados y costos de corte, necesarios para colectar este balance. Cheques sin suficiente fondos se les cobrara un cargo adicional de \$35.

Estoy de acuerdo en pagar los honorarios de cobranza y todos los demas costos que puedan incurrir para imponer la recaudación de cualquier monto pendiente.

Reconozco que he leído, entendido y estoy dispuesto a cumplir con las directrices anteriores y la responsabilidad financiera.

Fecha: _____ Firma: _____

Escriba el nombre del paciente / responsable _____

GRACIAS por confiar en nosotros Somerton Eyecare Center, Inc. con sus necesidades.