



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. 11/27/2019

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 estás tomando \_\_\_\_\_
Enumerar por favor cualquier gota del ojo que estás usando \_\_\_\_\_
Enumerar por favor cualquier medicamento que eres alérgico a \_\_\_\_\_
Está embarazada o en lactancia? ( ) Si ( ) No
Fuma? ( ) Si ( ) No Toma alcohol? ( ) Si ( ) No
Comentarios adicionales: ¿Hay algo más que debemos saber? \_\_\_\_\_

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 líneas flotando en el
Comezón en los ojos D/ I Dolor de cabeza ojo D/ I
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 dejen 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.

**Autorización 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 compañía 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	\$144-\$169 (\$89 cash discount)
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	\$70
- OCT, Imágenes computarizadas	\$55

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.**