

FORMA DEL PACIENTE

PAGE 1 OF 2



INFORMACION GENERAL

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido,

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono Celular

Casa

Trabajo

Email

Forma de contacto preferido celular | email | texto | otra forma (explique)

Número de seguro social de paciente

Fecha de Nacimiento

Masculino/Femenino

Apellido Materno

Ocupación/Empleador

Tiempo completo | Medio Tiempo

Estado Civil

Casado(a) | Soltero(a) | Divorciado(a) | Separado(a) | Viudo(a)

Lenguaje de preferencia, Nacionalidad

Persona a quien contactar en caso de emergencia y teléfono

Quien lo refirió a nuestra oficina ?

Medico general

Farmacia

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza de Vista

Miembro en la Aseguranza de Vista

Numero de Identificación del miembro

Fecha de nacimiento del miembro principal

Primera Aseguranza Medica

Numero de Identificación

Numero de Póliza/Numero de Grupo

Fecha de nacimiento del miembro principal

Seguro Social del miembro principal

Empleador del miembro principal

Relación del paciente con el miembro principal esposo(a) | Hijo(a) | Otro(a) (por favor explique)

FORMA DEL PACIENTE

PAGE 2 OF 2



HISTORIAL DE OJOS

Ultimo examen de ojos

Actualmente usa Lentes?

Actualmente usa Lentes de Contacto?

Razon por su visita

Usted o un familiar a tenido o ha sido tratado por alguno de los siguientes problemas?

Cataratas *si no familiar*

Ojos Cruzados *si no familiar*

Glaucoma *si no familiar*

LASIK o PRK *si no familiar*

Degeneracion de Macula *si no familiar*

Desprendimiento de Retina *si no familiar*

Actualmente le sucede o le sucedió lo siguiente?

Circule todo lo que le corresponda

- Vision borrosa *cerca o lejos*

- Ardor

- Lagañas

- Vision Doble

- Resequedad

- Exceso de lagrimas

- Infeccion de ojos

- Dolor de ojos

- Sombras o manchas

- Dolor de cabeza

- Comezon

- Flashes de luces

- Sensible a la luz

- Ojos Rojos

- Ojos arenosos

HISTORIAL MEDICO

Usted o alguien en su familia a tenido o sido tratado por lo siguiente? Circule todo lo que corresponda

SIDA/HIV *si no familiar*

Allergias *si no familiar*

Artritis *si no familiar*

Asma *si no familiar*

Problemas de sangre *si no familiar*

Cancer *si no familiar*

Diabetis *si no familiar*

Condicion de Oidos, Nariz, Garganta *si no familiar*

Condicion Gastrointestinal *si no familiar*

Enfermedad de corazón *si no familiar*

Alta Presion Alterial *si no familiar*

Alto Colesterol *si no familiar*

Enfermedad de riñon *si no familiar*

Lupus *si no familiar*

Condicion Neurologica *si no familiar*

Trastorno Psiquiatrico *si no familiar*

Ataques *si no familiar*

Condicion de la Piel *si no familiar*

Derrame Cerebral *si no familiar*

Disfuncion de la Tiroides *si no familiar*

**Medicamentos Actuales
(de con o sin receta)**

Allergias a medicamentos

Embaraza o Lacteando

Fuma o a fumado?

HENRY VISION CENTER - VISION SOURCE
¡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^{er} 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^{er} 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.henryvision.net 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 solicitar 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 _____ Entiendo que mis registros médicos son confidenciales. Entiendo que al firmar este formulario de (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. Por favor 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 está cubierto, 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 le 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 glucomía, 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 compre 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 \$35-55 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 \$45 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 separamos 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

: HENRY VISION CENTER

Name:

C. Identification Number:

Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (ABN)

NOTE: If Medicare/Medicaid/Commercial Insurance doesn't pay for **D. SERVICES/MATERIALS** below, you may have to pay. Medicare/Medicaid/Commercial Insurance does not pay for everything, even some care that you or your health care provider have good reason to think you need. We expect Medicare/Medicaid/Commercial Insurance may not pay for the **D. SERVICES/MATERIALS** below.

D. SERVICES/MATERIALS	E. REASONS MEDICAR/MEDICAID/COMMERCIAL INSURANCE MAY NOT PAY	F. Estimated Cost
EXAM AND REFRACTION. CONTACT LENS FITTING AND CONTACT LENS MATERIALS. EYEGLOSS FRAMES, LENSES, AND COATINGS. OCULAR PHOTOS OR SCANS NEEDED TO SEE THE INSIDE AND BACK OF THE EYE, AND ANY VISUAL FIELD TESTING.	SERVICES PROVIDED MAY NOT BE COVERED BY INSURANCE. INSURANCE DEDUCTIBLES MAY NOT BE MET. INSURANCE MAY REQUIRE COPAY/COINSURANCE AMOUNT.	MEDICARE 20% COINS. REFRACTION \$55 OTHER SERVICES/MATERIALS ESTIMATED COST WILL VARY BASED ON INSURANCE.

WHAT YOU NEED TO DO NOW:

- Read this notice, so you can make an informed decision about your care.
- Ask us any questions that you may have after you finish reading.
- Choose an option below about whether to receive the **D. SERVICES/MATERIAL** listed above.

Note: If you choose Option 1 or 2, we may help you to use any other insurance that you might have, but Medicare/Medicaid/Commercial Insurance cannot require us to do this.

G. OPTIONS: Check only one box. We cannot choose a box for you.

- OPTION 1.** I want the **D.** _____ listed above. You may ask to be paid now, but I also want Medicare/Medicaid/Commercial Insurance billed for an official decision on payment, which is sent to me on a Medicare/Medicaid/Commercial Insurance Summary Notice (MSN). I understand that if Medicare/Medicaid/Commercial Insurance doesn't pay, I am responsible for payment, but I can appeal to Medicare/Medicaid/Commercial Insurance by following the directions on the MSN. If Medicare/Medicaid/Commercial Insurance does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.
- OPTION 2.** I want the **D.** _____ listed above, but do not bill Medicare/Medicaid/Commercial Insurance. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. I cannot appeal if is not billed.
- OPTION 3.** I don't want the **D.** _____ listed above. I understand with this choice I am **not** responsible for payment, and I cannot appeal to see if Medicare/Medicaid/Commercial Insurance would pay.

H. Additional Information:

This notice gives our opinion, not an official Medicare/Medicaid/Commercial Insurance decision. If you have other questions on this notice or Medicare/Medicaid/Commercial Insurance billing, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048) or your insurance provider number on the back of your card.

Signing below means that you have received and understand this notice. You may ask to receive a copy.

I. Signature:	J. Date:
----------------------	-----------------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.



CONSENT TO TREAT MINOR CHILDREN

I, _____, the undersigned parent/legal guardian of _____, whose date of birth is ___/___/____, do hereby give my consent to Dr. Henry and the staff of Henry Vision Center to examine and administer treatments, as they do deem necessary, to the above named individual. I understand that I am responsible for the charges for the goods and services provided. I am aware that I am able to revoke this authorization at any time by written correspondence to Henry Vision Center.

X _____

Signature of Parent/Legal Guardian

Date: ___/___/_____

Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information



I hereby give my consent for **Henry Vision Center, LLC** to use and disclose protected health information about me to carry out treatment, payment and healthcare operations.

Henry Vision Center, LLC's Notice of Privacy Practice provides a more complete description of such uses and disclosures.

I have the right to review the Notice of Privacy Practices prior to signing this consent. **Henry Vision Center, LLC** reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at anytime. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by forwarding a written request to **Henry Vision Center, LLC's** privacy officer at 3656 Hwy 138 SE Stockbridge, GA 30281.

With this consent, **Henry Vision Center, LLC** may call my home or other alternative location and leave a message on voice mail or in person in reference to any items that assist the practice in carrying out treatment, payment and healthcare operations, such as appointment reminders, insurance items and any calls pertaining to my clinical care, including laboratory results among others.

With this consent, **Henry Vision Center, LLC** may mail to my home or other alternative location any items that assist the practice in carrying out treatment, payment and healthcare operations, such as appointment reminder cards and patient statements as long as they are marked Personal and Confidential.

With this constant, **Henry Vision Center, LLC** may e-mail to my home or other alternative location any items that assist the practice in carrying out treatment, payment and healthcare operations, such as appointment remainder cards and patient statements. I have the right to request that **Henry Vision Center, LLC** restrict how it uses or discloses my protected health information to carry out treatment, payment and healthcare operations. However, the practice is not required to agree to my requested restriction, but if it does, it is bound by this agreement.

By signing this form, I am consenting to **Henry Vision Center, LLC's** use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment and healthcare operations.

I may revoke my consent in writing except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent, or later revoke it, **Henry Vision Center, LLC** may decline to provide treatment to me.

Signature of Patient or Legal Guardian

Patient's Name

Date

Print Name of Patient or Legal Guardian