

Información y Consentimiento Del Paciente

¿Cómo se enteró de nosotros?

- Paciente establecido
- Revista de ‘Community Impact’
- Postal/Folleto de correo directo
- Paso por la oficina
- Paciente de emergencia
- Referencia de familia/amistad
- Búsqueda de internet
- Papel de prensa-‘Hays Free Pres’
- Feria de la salud
- Revista de ‘Home & Lifestyle’
- Sitio web de Howerton
- Registro Diario San Marcos
- Libro de ‘Yellow Pages’
- Sitio web de Yelp

Referencia Medica

Medico referencia: _____

Teléfono: _____

Razon de referir: _____

Social Media

- Facebook
- Instagram
- Twitter

Consentimiento del Paciente para Tratamiento

1. Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de atención médica y los procedimientos de diagnóstico proporcionados por Howerton Eye Clinic, Howerton Surgical Center y sus médicos asociados, clínicos, y otro personal. Soy consciente de que la práctica de la medicina y otras profesiones del cuidado de salud no es una ciencia exacta y además declaro que entiendo que no se ha garantizado ni se puede garantizar los resultados de los tratamientos o exámenes en Howerton Eye.
2. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mí información médica protegida o la del paciente con el fin de obtener el pago de los servicios prestados a mi o al paciente, el tratamiento y las operaciones de atención medica de conformidad con el Aviso de prácticas de privacidad de Howerton Eye.
3. Acepto ser contactado por correo electrónico o SMS con información relacionado con mi visita, como: una invitación al portal del paciente, encuestas de satisfacción y/o recordatorios de citas.
4. Doy permiso para obtener todo mi historial de medicamentos/recetas cuando utilizo un sistema electrónico para procesar recetas para mi tratamiento médico.

He recibido una copia del Avisa de prácticas de privacidad y Aviso de política financiera. **Iniciales** _____

Firme del paciente o persona autorizada

Fecha

Autorización para el uso de divulgación de información médica protegida

Autorizo a mi médico y/o personal administrativo y clínico de Howerton Eye Clinic y Howerton Surgical Center a divulgar información medica general y otra información medica protegida a las siguientes personas y/o entendidas que se enumeran a continuación. Si no se menciona a nadie a continuación, la información de atención medica protegida no se divulgará, excepto en las situaciones descritas en el Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre y parentesco de la (s) persona (s) a las que desea permitir el acceso: (por ejemplo, cónyuge, hijo, hija, hermano, cuidador, amigo):

Nombre de la persona o entidad:	Relación:	Teléfono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firme del paciente o persona autorizada

Fecha

Aviso de política financiera

Gracias por elegir Howerton Eye Clinic, PLLC y /o Howerton Surgical Center, LLC. Por favor, comprenda que los servicios en los que elige participar implican una responsabilidad financiera y que, en última instancia, usted es responsable del pago de su factura. Si tiene alguna pregunta financiera sobre su visita, comuníquese con nuestra Recepción o Departamento de Facturación lo antes posible (512-443-9715, opción 3), ya que es posible que tengamos fechas límite para resolver las discrepancias. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito y tarjetas de crédito.

Pago privado (pago por cuenta propia): Entiendo que si no tengo seguro médico, el pago total vence al momento del servicio, así como el pago de cualquier saldo o factura vencida.

Beneficios de la póliza / Cargos no cubiertos: Entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura y los beneficios de mi póliza de seguro y notificar a Howerton Eye Clinic de cualquier cambio de seguro de manera oportuna. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura. Usted es responsable de cualquier monto que no cubra su seguro. Los servicios prestados pueden considerarse no cubiertos por el seguro y/o pueden estar sujetos a un deducible además de un copago. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier servicio si creo que son servicios no cubiertos o no pagados por mi seguro. No nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a cargos no cubiertos, diagnósticos, copagos, costos compartidos o deducibles. No pida a nuestra oficina que cambie un código de diagnóstico o procedimiento para que la visita sea cubierta por su compañía de seguros.

Planes de seguro fuera de la red: Entiendo que se requiere el pago completo si elijo que me atiendan con un plan de seguro fuera de la red.

Planes de seguro dentro de la red: Entiendo que debo proporcionar una copia de mi tarjeta de seguro actual para presentar una reclamación de seguro. Si no tengo mi tarjeta de seguro, es posible que deba realizar el pago completo en el momento del servicio. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar una reclamación de seguro en mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y entiendo y estoy de acuerdo con esta política financiera. Solicito que mi compañía de seguro médico realice cualquier pago a Howerton Eye Clinic, PLLC por los servicios que me prestaron.

Planes de atención médica administrada (HMO) de Health Select: Entiendo que es mi responsabilidad obtener todas y cada una de las referencias necesarias, incluidas las referencias para las visitas de seguimiento si mi plan lo requiere. Nos esforzaremos por mantenerlo informado de cuántas visitas quedan en una remisión y / o la fecha de vencimiento, pero en última instancia, es responsabilidad del paciente conocer esta información y hacer los arreglos necesarios a través de su médico de atención primaria. Si no tiene una remisión actual en el archivo, es posible que se le solicite que re programe su cita.

Cuentas vencidas: Entiendo que todas las cuentas pendientes serán entregadas a una agencia de cobranza después de que se hayan enviado tres estados de cuenta.

Responsabilidad del paciente: Reconozco que es mi responsabilidad como paciente (o parte responsable) pagar el deducible, coseguro, copago o cualquier otro saldo de mi seguro no pagado por mi plan de seguro en el momento del servicio. Si soy un paciente que paga por cuenta propia (o una parte responsable), entiendo que soy responsable de cualquier saldo / facturas vencidas al momento del servicio. Por la presente autorizo a Howerton Eye Clinic, PLLC y / o Howerton Surgical Center, LLC a divulgar cualquier / toda la información necesaria para asegurar el pago y solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y del seguro se realice en mi nombre por todos los servicios prestados.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Política de refracción

#

Una refracción es el proceso que usamos para determinar su mejor visión o agudeza visual posible, esta es una parte esencial de su examen, que ayuda a su médico a evaluar su salud y funcionamiento general de los ojos. Una refracción NO es una prueba cubierta por Medicare y muchos otros planes de seguro que consideran las refracciones como un servicio de “visión”, no como una prueba “médica”.

La tarifa de nuestra oficina para la refracción es \$50.00. Si la refracción se realiza durante su visita, esta tarifa se cobrará en el momento del servicio, además de cualquier copago que su plan pueda requerir. Si su plan de seguro nos paga por la refracción, le reembolsaremos en consecuencia.

Se ofrecen nuevas revisiones de la vista de anteojos y lentes de contacto hasta 30 días a partir de la fecha de su examen de refracción pagado sin cargo. Después de 30 días a partir de su examen de refracción pagado, se cobrarán las nuevas comprobaciones de refracción. Sin embargo, la cobertura o las garantías de sus anteojos o lentes de contacto deben discutirse con la óptica donde lo compro. No somos parte de ese acuerdo.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído la información anterior y entiendo que la refracción es una prueba no cubierta por Medicare y muchos otros planes de seguro. Acepto la responsabilidad financiera total por el costo del servicio y entiendo que se debe pagar en el momento del servicio. Entiendo que cualquier copago, coseguro o deducible que pueda tener está separado y no incluido en la tarifa de refracción.

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Poder Médico de Abogado/Guardián

¿Tiene un poder médico (POA) o guardián que tome decisiones médicas en su nombre?

_____ SI (iniciales) _____ NO (iniciales)

- En caso que sí, necesitaremos obtener el consentimiento verbal de su POA /Guardián para su examen hoy. Proporcione la información de contacto de su POA/Guardián en la sección a continuación

"Autorización para información médica" y estaremos encantados de comunicarnos con ellos en su nombre para obtener el consentimiento verbal para continuar con el examen de hoy.

- Necesitaremos documentación legal que demuestre que tiene POA/Guardián, por favor proporcione una copia de esto en la recepción. Si no tiene una copia de esta información, ¿le gustaría que se la solicitemos?

_____ SI (iniciales) _____ NO (iniciales)

Firma del paciente o persona autorizada

Fecha

Seguro médico versus seguro de la vista

Si está aquí para un examen que se factura bajo su seguro MÉDICO y no se encuentra un diagnóstico médico, tenga en cuenta que puede ser responsable del costo total de la visita.

Si solo está aquí para una receta de anteojos o lentes de contacto que no sean médicamente necesarios y no tiene otro diagnóstico médico o queja para su visita (como glaucoma, cataratas, diabetes, dolor de cabeza, etc.), por favor informar a nuestra recepción antes de su cita (512-443-9715, Opción 3) para que podamos asegurar que tenemos registrado el seguro correcto, podemos proporcionarle un costo estimado de su cita y cobrar el copago correcto a su llegada.