

**BIENVENIDO**

Gracias por escoger nuestra oficina para el cuidado de sus ojos. Por favor complete esta forma en tinta. Si tiene alguna pregunta no dude en pedirnos ayuda.

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino Masculino  
Mes Dia Ano

Numero de seguro social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estatus Marital: Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Menor

Telefono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_ Donde podemos contactarle?: Casa Trabajo Celular  
Correo electronico

Referido por: Doctor/Paciente/Otro \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Esta usted interesado(a) en:**  Corrección de vision por laser (iLASIK) BOTOX® para reducir arrugas LATISSE® para crecimiento de pestañas PrevageMD/ VIVITÉ crema para reducir arrugas y cuidar la piel Suplementos Vitaminicos

**INFORMACION DEL ASEGURADO**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

Medicare BC/BS Oxford Aetna Cigna Multiplan PHCS Medicare & Medicaid  
Medicare & AARP United Healthcare 1199 Otro \_\_\_\_\_

Numero De Poliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Telefono para el Proveedor: \_\_\_\_\_ Telefono para el Miembro: \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Trabajo/Celular: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION MEDICA**

Con la presente autorizo al Dr. Buxton proveer todo mi historial medico, tratamientos administrados, etc. para revision, evaluacion o investigacion de cualquier reclamo presentado a mi reguro medico. Esta autorizacion sera efectiva inmediatamente y seguira siendo efectiva durante el tiempo que yo este asegurado incluyendo un tiempo razonable despues de que dicho segura haya vencido. Esta autorizacion me incluye al igual que a mis dependientes, familiares, heredarios, ejecutor testamentario y administradores.

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

14 de Abril del 2003

## Nuestra Noticia de Practicas de Privacidad

Estimado(a) Paciente:

Por favor revise la informacion sobre la politica de *Buxton Eye Surgical Group*, de proteger su informacion personal de salud de acuerdo con las regulaciones federales. La *Noticia de Practicas de Privacidad* que viene con esta carta declara:

- \* Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su informacion personal de salud
- \* Como podemos utilizar y revelar la informacion de salud que mantenemos de usted
- \* Sus derechos relacionados a su informacion personal de salud
- \* Nuestros derechos a cambiar nuestro *Noticia de Practicas de Privacidad*
- \* Como dar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados
- \* Las condiciones que aplican a usos y revelaciones no descrita en esta nota.
- \* La persona a contactar para mas informacion sobre nuestras practicas de privacidad.

Es requerido por la ley darle una copia de esta noticia y a obtener su reconocimiento firmado que usted la ha recibido. Despues de leer esta informacion, favor de firmar y devolver.

Una de nuestras mas altas prioridades es la proteccion de su informacion personal medica; su cooperacion se aprecia magnificamente.

Gracias por su atencion.

---

Nombre del Paciente y/o Guardian

---

Firma del Paciente y/o Guardian

---

Fecha

# *Buxton Eye Surgical Group*

## Política de Pagos

Tenemos el compromiso de facilitarle la mayor atención médica posible. Si dispone de seguro de cobertura médica, pondremos todo nuestro empeño en que consiga el máximo de beneficios que permita su póliza. Para conseguir este objetivo, necesitamos su ayuda y también que comprenda en que consiste nuestra política de pagos.

### **PAGOS REALIZADOS DIRECTAMENTE POR USTED**

El pago por los servicios recibidos se debe hacer el mismo día en que se le proporcionen esos servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques o tarjetas tipo MasterCard o Visa. Si no participamos en el plan de su seguro médico, estaremos encantados de ayudarle para que pueda procesar el reclamo de reembolso a su compañía de seguro una vez que nos visite, deberá acompañar un formulario de reclamo de su compañía de seguro, que previamente habrá llenado. Los cheques bancarios devueltos están sujetos a un cargo de \$40.00 por servicio.

### **SEGURO MEDICO**

Por favor, tenga siempre en cuenta que su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía del seguro. Como proveedores de servicios médicos, nuestra relación se establece con usted, no con su compañía del seguro. Aunque llenamos los formularios de reclamo de reembolso para la aseguradora como cortesía hacia nuestros pacientes, la responsabilidad de abonar todos los cargos es suya desde la misma fecha en que le prestamos los servicios. Usted debe conocer y seguir todas las reglas y procedimientos en la forma en que se hayan acordado entre usted y su compañía de seguro por lo que refiere a derivaciones, segundas opiniones médicas o autorizaciones previas. Le ayudaremos a conseguir esas autorizaciones previas para los servicios médicos cuando sea necesario. Cuando usted no nos facilite la información pertinente, o nos facilite información errónea (por ejemplo, compañía del seguro incorrecta, o número de póliza no válido), podría denegarse su reclamo, y se le considerará responsable de los pagos pendientes. Cualquier pago que usted tenga que hacer de su bolsillo, tales como el deducible o el copago o copago, deben realizarse en el mismo momento en que se le presta el servicio. Si usted está suscrito a un plan de salud tipo HMO (en el que necesita una derivación de su médico de cabecera), no podremos verlo en la consulta si no tiene la derivación, a menos que usted pague de su bolsillo esa visita. Usted es responsable de conocer y seguir las políticas, requisitos y restricciones que determine su compañía de seguro.

Su compañía de seguro puede no cubrir ciertos exámenes y pruebas médicas que su oftalmólogo considere necesarios. Bajo tales circunstancias, y con su consentimiento previo, usted será responsable del pago de los costos de esas pruebas médicas.

**Entiendo que todas las visitas a la consulta deben pagarse en el mismo momento en que se prestan los servicios, a menos que se haya acordado anteriormente un plan de pagos. Autorizo a que se divulgue cualquier información de tipo médico que sea necesaria para procesar mis reclamos a mi compañía de seguro. Autorizo a que se me fotografíe si ello se considera necesario desde el punto de vista médico, y asimismo autorizo a que entreguen los pagos de mis beneficios médicos de forma directa a Buxton Eye Surgical, P.C.**

Por favor, tenga siempre en cuenta que todo paciente que no se presente a su cita sin haber llamado para cancelarla o cambiarla con 24 horas de anticipación, será sujeto a un cargo de \$50.00 en su próxima visita.

He leído y he comprendido en su totalidad las políticas de esta clínica relativas a pagos y seguro médico. Estoy de acuerdo en hacer los pagos por los servicios y pruebas médicas que no estén cubiertos por mi plan de seguro médico cuando se me informe de ello adecuadamente. Comprendo que soy responsable de entender y seguir las reglas, políticas y procedimientos del plan médico de mi compañía de seguro. Se aplicará un cargo de \$30.00 por repetición de presentación de documentos si nos proporciona información incorrecta o no válida sobre su compañía de seguro (por ejemplo, la cobertura se ha cancelado o ha cambiado), y usted desea que volvamos a presentar su reclamo de reembolso.

---

Firma del paciente/Firma del garante del pago

Fecha

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su plan de seguro medico, incluyendo Medicare, no paga por los servicios descritos a continuacion.

**FAVOR ELEGIR UNA OPCION SI DECEA RECIBIR LOS SERVICIO(S)**

SERVICIO	COSTO
<input type="checkbox"/> Refraction: <b>procedimiento que determina receta para los espejuelos.</b>	\$100.00
<input type="checkbox"/> Medida de lentes de contacto-regular: <b>incluye instruccion en como ponerse y quitarse los lentes de contacto,un par de lentes de contacto, receta para espejuelos y lentes de contacto, una- visita para posible ajuste.</b>	\$250.00
<input type="checkbox"/> Medida de lentes de contacto multifocal, <b>incluye instruccion en como ponerse y quitarse los lentes de contacto,un par de lentes de contacto, receta para espejuelos y lentes de contacto, una – dos visitas para posible ajuste.</b>	\$375.00
<input type="checkbox"/> Medida de lentes de contacto Torico(astigmatismo), <b>incluye instruccion en como ponerse y quitarse los lentes de contacto,un par de lentes de contacto, receta para espejuelos y lentes de contacto, una – dos visitas para posible ajuste.</b>	\$300.00
<input type="checkbox"/> Re-medida de lentes de contact regular, <b>sus lentes de contato es evaluado, el material material, prescription for glasses and contact lens is dispensed.</b>	\$150.00
<input type="checkbox"/> Re-fit Toric contact lens, <b>your lenses are evaluated for correctness of fit, power and material, prescription for glasses and contact lens is dispensed.</b>	\$200.00
<input type="checkbox"/> Re-fit Multifocal contact lens, <b>your lenses are evaluated for correctness of fit, power and material, prescription for glasses and contact lens is dispensed.</b>	\$300.00

**Reconocimiento del paciente**

He leído la informacion anterior y entendido que los servicio(s) mencionado, mi seguro no cubre. Acepto la responsabilidad total del costo de este servicio y entiendo que tengo que pagar el mismo dia. Entiendo tambien que cualquier deducible, co-pago o co-seguro que pudiera tener es un costo adicional, y no esta incluido en el pago del servicio mencionado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

## Asignacion de Beneficios y Beneficios de MediGap

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Numero De Medicare

Fecha De Validez: \_\_\_\_\_

1. **MEDICARE:** Yo solicito que el pago de mis cuentas por servicios efectuados en mi comiencen por la fecha anteriormente dada, por el medico de Buxton Eye Surgical Group sea hecho directamente. Yo autorizo a Buxton Eye Surgical Group a proporcionar a la compania se seguro culaquier informacion que sea requerida, con respecto a estos servicios. Yo permito que una copia, de esta autorizacion sea usada en lugar del original.
2. **MEDIGAP:** Yo solicito que el pago autorizado de los beneficios de Medigap sea hecho por mi o de mi parte a Buxton Eye Surgical Group por cualquier servicio proporcionado por ese proveedor de servicios medicos. Yo autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sobre mi persona a suministrarsela al seguro cualquier informacion necesaria que ayude a determinar estos beneficios o el pago de beneficios relacionados con estos servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente