



33 LINCOLN STREET WORCESTER, MA 01605
PHONE: 508-757-4160
FAX: 508-757-0627

JEREMY B. MELTZER, M.D.
EYE PHYSICIAN AND SURGEON

FORMA DE INFORMACION PARA NUEVOS PACIENTES

Bienvenidos a nuestra oficina: Por favor de completar los dos lados de la forma y regresarla a la recepcionista

1. Nombre _____

2. Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

3. Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Varon/Mujer _____ Seguro Social _____

4. Telefono (Casa) _____ Telefono (Cell) _____

5. Ocupación _____ Empleador _____

Dirección/Telefono _____

6. Nombre de la esposa _____ Empleador _____

Dirección/Telefono _____

7. Completar si tiene menos de 18 años o un estudiante

Nombre del Padre _____ Empleador _____

Dirección/Telefono _____

Nombre de la madre _____ Empleador _____

Dirección/Telefono _____

8. Nombre del médico o paciente de referencia _____

9. Nuestras valiosas responsabilidades para con el paciente:

A. Ser considerado con los demás que reciben y proveen cuidado, para seguir las políticas pertinentes de la oficina, como el respeto a la privacidad, y un ambiente tranquilo. El uso de teléfonos celulares no está permitido en el edificio para su privacidad y la consideración de los demás.

B. El paciente actualizará Meltzer Eye Care con la información de contacto actual y correcta a medida que esté disponible.

C. Las obligaciones financieras se cumplimentan en el momento del servicio, tales como co-pagos y deducibles.

D. Si una referencia es necesaria para facturar a su compañía de seguros, el paciente tiene dos opciones en el momento del servicio si no hay remisión en el archivo: (1.) **reprogramar la cita** o (2.) firmar la renuncia, "**servicios prestados sin una remisión.**" La remisión se convierte en responsabilidad del paciente. El paciente debe contactar a su médico de cabecera dentro de **30 días** y obtener una referencia. Si la remisión no se recibe, el pago se convertirá en responsabilidad del paciente.

Al firmar a continuación, he reconocido y entiendo las responsabilidades del paciente y que la información que he proporcionado es exacta.

Firma del Paciente

Fecha



33 LINCOLN STREET WORCESTER, MA 01605
PHONE: 508-757-4160
FAX: 508-757-0627

JEREMY B. MELTZER, M.D.
EYE PHYSICIAN AND SURGEON

10. A quién notificar en caso de emergencia

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

11. ¿Tiene alguno de estos problemas en los ojos? Si es así, compruebe:

Glaucoma Ojos cruzados (crossed eyes) Problemas de la retina Lesiones oculares (eye injuries)

Cataratas Infecciones Visión doble Visión borrosa (blurry vision)

Manchas (spots) Halos Otros (others) _____

12. ¿Alguna vez ha tenido operaciones oculares o lesiones? En caso afirmativo, qué operaciones / lesiones y cuándo:

13. ¿Alguna vez ha tenido PROBLEMAS DE SALUD GENERAL? Si es así, compruebe:

Tuberculosis Infecciones sinusal (sinus infection) ¿Fumas? (Do you smoke?) Diabetes

Alergias (allergies) Fiebre de heno (hay fever) Trastornos de la piel (skin disorders)

Cirugía (surgery) Alta presión sanguínea (high blood pressure) Dolores de cabeza (headaches)

Tendencia a sangrar (bleeding tendency) Ahora embarazada (now pregnant) Cáncer

Problemas del corazón (heart trouble) Trastorno de la tiroides Asma (asthma)

Otros (other) _____

14. **HISTORIA FAMILIAR:** ¿Alguna de las siguientes condiciones en su familia? Si es así, compruebe:

Glaucoma Ojos cruzados (crossed eyes) Problemas de la retina Cataratas Diabetes

Ceguera (blindness) Otros (others) _____

15. ¿Estas tomando alguna medicación? Si es así, nombrarlos: _____

16. ¿Es usted **ALÉRGICO** a algún medicamento? _____

17. ¿Quién es tu médico doctor? _____

18. ¿Usa actualmente lentes de contacto? (do you currently wear contact lenses) SÍ NO

19. ¿Desea perseguir lentes de contacto en esta oficina? (do you wish to pursue contact lenses) SÍ NO



33 LINCOLN STREET WORCESTER, MA 01605
PHONE: 508-757-4160
FAX: 508-757-0627

JEREMY B. MELTZER, M.D.
EYE PHYSICIAN AND SURGEON

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud

Nombre: _____

Dirreccion: _____

Street

Apt#

City

State

Zip Code

Teléfono principal #: _____

Teléfono alternativo #: _____

Debido a la ley HIPAA actual, responda las siguientes preguntas:

Cuando te llamemos en la sala de espera, Podemos llamarte por su primer nombre?

___ Yes ___ No

-Si respondio "NO", Como te podemos llamar? _____

Favor de nombrar las personas que le podemos dar informacion:
(Familia, amigos, programas, etc...)

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para el Uso y divulgación de información de salud protegida

Uso y divulgación de su información de salud protegida

Su información de salud protegida será utilizada por médicos de Servicios de Cuidados, PC o revelada a otros a los efectos del tratamiento; obtener el pago, o el apoyo a las operaciones de atención médica en el día a día de la práctica.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Usted debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo su información de salud protegida puede ser usada o de la divulgación. Usted puede revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

Solicitar una restricción sobre el uso o divulgación de su información

Usted puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida.

Servicios de Atención Médica, P.C. puede o no estar de acuerdo en restringir el uso o divulgación de su información de salud protegida.

Si Servicios de Atención Médica de los ojos, P.C. está de acuerdo con su solicitud, la restricción será vinculante en la práctica. El uso o la divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de las normas federales de privacidad.

Revocación del Consentimiento

Usted Puede revocar este Consentimiento para el uso y Divulgación de su Información de salud Protegida. Tienes que revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso O Divulgación que ya ha ocurrido con anterioridad a la fecha en Que se Reciba su revocación del Consentimiento no se Verá afectado.

Reserva de Derecho a cambiar las prácticas de privacidad

Médico de Servicios de Cuidados, P.C. se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso

Firma

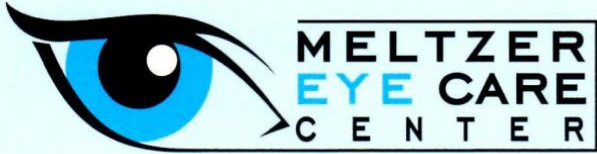
He revisado este formulario de consentimiento y dar mi permiso para Médicos de Servicios de Cuidados, PC utilizar y divulgar mi información de salud de acuerdo con ella.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

Firma del representante del paciente y (Relación)



33 LINCOLN STREET WORCESTER, MA 01605
PHONE: 508-757-4160
FAX: 508-757-0627

JEREMY B. MELTZER, M.D.
EYE PHYSICIAN AND SURGEON

REFRACCION SERVICIO Y LAS CUOTAS

Por favor de leer y entender antes de firmar.

Una refraccion es un examen de los ojos que mide la prescripcion de una persona para gafas o lentes de contacto, para minimizar cualquier error residual después de la cirugía de cataratas y para reducir su dependencia de los anteojos después de la de cataratas, su médico necesita realizar una refracción, así como otras pruebas de diagnóstico para evaluar el estado refractivo del ojo.

La mayoría de los planes de seguros médicos, incluyendo Medicare no cubren refracciones de rutina o exámenes oculares de rutina. Medicare y otras aseguradoras comerciales permiten que se cobre por separado para esa porción del examen de la vista, ya que no es un servicio cubierto. Si tiene alguna pregunta con respecto a las políticas o procedimientos de Medicare y de seguros, no dude en preguntar. haremos todo lo posible para ayudarle.

Al firmar este formulario, usted reconoce si su seguro no cubre este servicio se le cobrará la tarifa de \$ 43.00, además de cualquier copago de su seguro puede requerir.

Reconocimiento Paciente

He leído la información anterior y entiendo que la refracción es un servicio no cubierto. Acepto la responsabilidad financiera por el costo de este servicio. Entiendo que cualquier co-pago, co-seguro o deducible que puedo tener es separado de y no incluidos en la tarifa de la refracción.

Entiendo y estoy de acuerdo.

Fecha

Firma De Paciente

(O una persona que actúe en nombre pacientes)

Medical Eye Care Services, PC

Acuerdo financiero

Medicare- Solicito que el pago de la autorizada benefició ser hecho en mi nombre al de Servicios de Atención Médica, por los servicios prestados a mí por de Servicios de Atención Médica. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí para liberar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (antiguamente Health Care Financing Administration) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Medigap- Yo entiendo que si una póliza u otro seguro médico está indicado en el artículo 9 de HCFA 1500 forma o en otra parte de otros formularios de solicitud aprobado, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia se muestra. Solicito que el pago de beneficios de seguro secundaria autorizados se hagan en mi nombre al de Servicios de Atención Médica, si es posible, o de lo contrario a mí.

1. Autorizo al médico a dar cualquier información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones de seguros.
2. Si su compañía de seguros requiere una referencia para ver a un especialista y no hemos recibido uno, usted será responsable de todos los gastos incurridos.
3. Tenga en cuenta que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como un servicio a usted, vamos a presentar su reclamación de seguro si asigna los beneficios de la relación médico-en otras palabras, si usted de acuerdo en que su seguro paga directamente al médico. Si su compañía de seguros no paga la práctica en un plazo razonable, vamos a tener que mirar a usted para el pago. Si más tarde recibimos un cheque de su compañía de seguros, le devolveremos cualquier pago excesivo a usted.
4. Hemos hecho arreglos previos con muchas compañías de seguros y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Nosotros facturamos ellos, y si su compañía de seguros requiere un copago, es debido en el momento de su visita.
5. No todos los planes de seguro cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de seguro determina un servicio para "no cubiertas", usted será responsable de la carga completa. El pago se efectuará a la recepción de una declaración de nuestra oficina.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos podrán ser modificados por la práctica de vez en cuando.

Firma del paciente (o persona responsable, si es menor de edad)

Fecha