



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