



Formulario de Registro de Paciente

Nombre de paciente: _____	Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____	Correo electrónico: _____
Número de Seguro Social: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección de Domicilio: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Ocupación: _____	Empleador: _____
Teléfono de casa: _____	Teléfono celular: _____
Nombre del contacto de emergencia: _____	
Número de contacto de emergencia: _____	Relación: _____
Dirección postal secundaria: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Doctor remitente: _____	Teléfono: _____
Doctor primario: _____	Teléfono: _____
Farmacia: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Estado: _____ código postal: _____
Si el seguro está en nombre distinto al paciente o si el paciente es menor de edad, por favor complete la información a continuación:	
Nombre del titular de la póliza: _____	
Número de teléfono del titular de la póliza: _____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Autorizo la liberación del pago de beneficios médicos a mi médico. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para tramitar todas las reclamaciones.	
Firma del paciente: _____	Fecha: _____



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Al firmar a continuación, autorizo al Centro de Enfermedad Retinal & Macular facilitar mi información médica y de facturación a:

Relación			Nombre de la persona designada		
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	_____
Hijos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	_____
Suegros	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	_____
Guardián	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	_____
Padres	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	_____
Otros	_____				

Pedimos que, si tiene algún cambio en esta solicitud, informe a nuestro personal

El Centro de Enfermedad Retinal y Macular puede dejar la información de la cita en mi buzón de voz:

Domicilio	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Empleo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Familiar	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

El Centro de Enfermedad Retinal y Macular puede enviar la información de la cita por mensaje de texto:

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

Autorizo a los siguientes para recoger recetas.

Relación			Nombre de la persona designada		
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	_____
Familiar	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	_____
Guardián	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	_____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Yo entiendo que El Centro de Enfermedad Retinal y Macular pedirá la identificación de la persona que obtenga la información o productos del paciente.

Oficina principal: 250 Avenue K, SW, Suite 200 • Winter Haven, Florida 33880 • **Teléfono:** (863) 297-5400 • **Fax:** (863) 293-8230

Número gratuito: 1-800-472-8867 www.CRMD.net

También sirven a: LAKELAND, SEBRING, CLERMONT, HAINES CITY, THE VILLAGES



Centro de Enfermedad Retinal y Macular Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA; "Ley") de 1996, revisada en 2013, nos exige como su proveedor de salud mantener la privacidad de su información médica protegida, notificarle nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a la información médica protegida, y notificar a las personas afectadas tras una violación de información médica protegida no asegurada. Estamos obligados a conservar estos registros de su atención médica y a preservar la confidencialidad de estos registros.

La Ley también nos permite utilizar su información para tratamiento, pago y ciertas operaciones médicas, salvo que la ley lo prohíba en contrario y sin su autorización.

- **Tratamiento:** Podemos divulgar su información médica protegida a usted, a nuestro personal o a otros profesionales médicos para que reciba la atención que necesita. Esto incluye información que puede ir a la farmacia para que le llenen la receta, a un centro de diagnóstico para ayudarte con el diagnóstico, o al hospital si necesita ser ingresado (a). Si es necesario, para asegurarnos de que reciba esta atención, también podemos hablar del mínimo necesario con amigos o familiares implicados en su cuidado, salvo que solicite lo contrario.
- **Pago:** Podemos enviarle información a usted o a su plan de salud para recibir el pago por el servicio o artículo que entregamos. Podemos hablar del mínimo necesario con amigos o familiares implicados en tu pago, salvo que solicites lo contrario.
- **Operaciones médicas:** Se nos permite utilizar o divulgar su información médica protegida para formar a nuevos trabajadores médicos, evaluar la atención médica prestada, mejorar el desarrollo de nuestro negocio o cubrir otras necesidades internas.
- Estamos obligados a divulgar información según lo requiera la ley, como regulaciones de salud pública, actividades de supervisión médica, determinadas demandas y la aplicación de la ley.

Ciertas formas en que su información médica protegida podría ser utilizada y divulgada requieren una autorización suya: divulgación de notas de psicoterapia, uso o divulgación de su información para marketing, divulgaciones o usos que constituyan una venta de información médica protegida, y cualquier uso o divulgación no descrita en este APP. No podemos divulgar su información médica protegida a su empleador ni a su instituto escolar sin su autorización, salvo que la ley lo requiera. Recibirá una copia de su autorización y podrá revocarla por escrito. Honraremos esa revocación a partir de la fecha en que recibamos la revocación por escrito firmada.

Tiene varios derechos respecto a su información sanitaria protegida. Cuando desee ejercer alguno de estos derechos, por favor informe a nuestra oficina para que podamos proporcionarle el formulario correcto para documentar su solicitud.

- Tiene derecho a acceder a su historial médico y/o a recibir una copia del mismo, con la excepción de las notas de psicoterapia. Su solicitud debe ser por escrito y debemos verificar su identidad antes de permitir el acceso solicitado. Estamos obligados a permitir el acceso o proporcionar la copia en un plazo de 30 días desde su solicitud. Podemos proporcionarle la copia a usted o a su representante en un formato electrónico aceptable para usted o en formato físico. Podemos cobrarle nuestro costo por la preparación y entrega. Si su solicitud es denegada, puede solicitar que un proveedor médico autorizado revise esta denegación.

Oficina principal: 250 Avenue K, SW, Suite 200 • Winter Haven, Florida 33880 • **Teléfono:** (863) 297-5400 • **Fax:** (863) 293-8230 Número gratuito: 1-800-472-8867 www.CRMD.net

También sirven a: LAKELAND, SEBRING, CLERMONT, HAINES CITY, THE VILLAGES



- Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza su información médica protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones médicas. Por ejemplo, puede solicitar que un amigo o familiar en concreto no tenga acceso a esta información. No estamos obligados a aceptar esta solicitud, pero si aceptamos su petición, estamos obligados a cumplirla, salvo en caso de emergencia en la que esta restricción pueda interferir con su atención. Podemos rescindir estas restricciones si es necesario para cumplir con el tratamiento y el pago.
- Estamos obligados a conceder su solicitud de restricción si la restricción solicitada solo se aplica a información que se presentaría a un plan de salud para el pago de un servicio o artículo médico por el que usted haya pagado íntegramente de su bolsillo, y si la restricción no está prohibida por la ley de otro modo. Por ejemplo, estamos obligados a enviar información a los planes de salud federales y a las organizaciones de atención gestionada incluso si solicita una restricción. Debemos documentar su restricción antes de iniciar la notificación. Pueden aplicarse algunas excepciones, así que solicite un formulario para solicitar la restricción y obtener información adicional. No estamos obligados a informar a otras entidades cubiertas de esta solicitud, pero no se nos permite usar ni divulgar información que se haya restringido a socios comerciales que puedan facilitar la información al plan de salud.
- Tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Por ejemplo, puede que prefiera que llamemos a su número de móvil en lugar de a tu teléfono fijo. Estas solicitudes deben ser por escrito, pueden ser revocadas por escrito y deben proporcionarnos un medio eficaz de comunicación para que podamos cumplir. Si el medio alternativo de comunicación implica un costo adicional, ese costo se trasladará a usted.
- Su historial médico son documentos legales que proporcionan información crucial sobre tu atención. Tiene derecho a solicitar una modificación de sus historiales médicos, pero debe hacerla por escrito y entender que no estamos obligados a concederla.
- Tiene derecho a una contabilidad de las declaraciones. Esto le dirá cómo hemos utilizado o divulgado tu información médica protegida. Estamos obligados a informarle de cualquier incumplimiento médico que pueda haber afectado a su información sanitaria protegida.
- Tiene derecho a recibir una copia de este aviso, ya sea electrónica, en papel o ambos.
- Tiene derecho a no participar en comunicaciones para la recaudación de fondos.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor contacte con nuestro Responsable de Privacidad en el número que aparece a continuación.

Tiene derecho a presentar una queja con nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles. No vamos a discriminar ni tomar represalias de ninguna manera por esta acción. Para presentar una queja, por favor contacte con la parte correspondiente:

Responsable de Privacidad

Número de teléfono: 863-297-5400

Número de fax: 866-463-4799

Oficina de Derechos Civiles

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

Oficina principal: 250 Avenue K, SW, Suite 200 • Winter Haven, Florida 33880 • **Teléfono:** (863) 297-5400 • **Fax:** (863) 293-8230 Número gratuito: 1-800-472-8867 www.CRMD.net

También sirven a: LAKELAND, SEBRING, CLERMONT, HAINES CITY, THE VILLAGES



Estamos obligados a cumplir con las políticas establecidas en este Aviso de Prácticas de Privacidad, que entró en vigor el **23/09/13**.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad respecto a mi información médica protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- < Llevar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores sanitarios que puedan estar involucrados en el tratamiento, directa e indirectamente
- < Obtener el pago de terceros pagadores
- < Realizar operaciones médicas normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

He recibido, leído y comprendido su *Aviso de Prácticas de Privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene derecho a modificar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* de vez en cuando y que puedo contactar con ella en cualquier momento para obtener una copia actualizada del *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Nombre del paciente o tutor legal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

SOLO USO PRÁCTICO

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento del Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Motivo:
--------	------------	---------



DIVULGACIÓN DE PRÁCTICAS FINANCIERAS

Bienvenidos al Centro de Enfermedad Retinal y Macular. Nuestro consultorio participa en numerosos planes de seguro médico. Si somos proveedores participantes en tu plan, presentaremos la reclamación en su nombre. Si su plan no cubre los servicios prestados por nuestros médicos, se espera el pago completo en el momento de su visita. Aceptamos efectivo, cheques, la mayoría de las principales tarjetas de crédito y Care Credit. Por favor, asegúrese de proporcionarnos su tarjeta de seguro más actualizada en cada visita e infórmanos de cualquier cambio. Muchos seguros ya no utilizan el número de la seguro social como número de usuario y han cambiado a usar el ID de empleado como número de suscriptor. Si no eres el titular principal de la tarjeta, por favor asegúrese de proporcionarnos el número correcto de identificación de suscriptor (empleado) en el momento de su visita.

Todos los seguros con los que tenemos contrato exigen que proporcionemos el nombre completo del paciente, la fecha de nacimiento y la dirección de domicilio completa. Si no se siente cómodo proporcionándonos esta información, le proporcionaremos una factura para que pueda presentar su propia reclamación ante su plan de seguro. Si decide presentar la reclamación usted mismo, el pago completo deberá pagarse en el momento de la notificación.

Copagos/Coseguro/Deducibles: Si su plan requiere que pague un copago, deducible o coseguro, está obligado a pagar en el momento en que se presten los servicios.

Pacientes que pagan por cuenta propia: Se espera que los pacientes sin seguro paguen en el momento del servicio por toda la atención prestada.

Autorizaciones/Referidos: Muchos planes de seguro requieren una referido/autorización para visitas al consultorio y/o procedimientos. Puede ser necesario obtener un referido o autorización de su médico de cabecera o de referencia antes de ser atendido en nuestro consultorio. Le ayudaremos a obtener la precertificación o la aprobación previa para su cita. Esto no garantiza la cobertura del seguro.

Servicios no cubiertos: En ocasiones, podemos prestar un servicio que no está cubierto por su plan de seguro. Hacemos todo lo posible por informarle de esto con anticipación. Cualquier servicio no cubierto será debido y pagado por usted una vez que su seguro le avise.

Servicios fuera de la red: Hacemos todo lo posible por verificar los beneficios de su plan antes de la cita. En caso de que reciba servicios de un médico que no participe en tu plan, la cantidad se deberá por su parte. Por favor, asegúrese siempre de que los médicos con los que trata participen en su plan.

Planes de Cuidado Asequible/Intercambio de Atención Médica: Si tiene un Plan de Cuidado Asequible, es responsable de pagar sus primas de seguro de salud de forma puntual. El incumplimiento de sus primas de seguro provocará la cancelación de sus beneficios. Si su seguro es cancelado por no pagar la prima, será responsable del importe de la factura por los servicios prestados por nuestros médicos. Esta cantidad deberá deberse íntegramente al notificar con el aviso.

Cobros externos: Si su deuda resulta en un estado de vencimiento y nos obliga a depositar su deuda en nuestra agencia de cobro externa, su cuenta reflejará una comisión de cobro del treinta (30) por ciento añadida al importe de la deuda pendiente.

Su médico está comprometido a proporcionarle la medicación más eficaz y económica para su condición ocular. Si el medicamento recomendado supone una carga económica para usted, por favor pregunte si existe una opción de menor costo.

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago bajo mi contrato de seguro es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de mi información personal, ya sea médica o de otro tipo, a facilitar a cualquier proveedor externo (incluyendo Medicare, Medicaid y otras partes) la información necesaria para tramitar reclamaciones de prestaciones médicas. Solicito que se paguen los beneficios médicos autorizados y asigno los beneficios a pagar por los servicios médicos al médico o a la organización que los preste. Entiendo que soy responsable económicamente de los cargos que no cubre la compañía de seguros y, por la presente, garantizo el pago puntual completo de dichos cargos.

Al firmar a continuación, reconoce que ha leído y comprendido completamente nuestra Política Financiera.

Firma del paciente/tutor legal: _____

Nombre impreso: _____

Fecha de firma: _____

Oficina principal: 250 Avenue K, SW, Suite 200 • Winter Haven, Florida 33880 • **Teléfono:** (863) 297-5400 • **Fax:** (863) 293-8230

Número gratuito: 1-800-472-8867 www.CRMD.net

También sirven a: LAKELAND, SEBRING, CLERMONT, HAINES CITY, THE VILLAGES



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES DE SNF

¿Actualmente se encuentra bajo el cuidado de un centro de enfermería especializada (SNF)?

 Sí No

¿Estatus de residente para fines de rehabilitación? Marque una opción.

Permanente

Temporal

Si es residente temporal, proporcione lo siguiente:

Nombre de la instalación: _____

Número de teléfono de la instalación: _____

Dirección de la instalación: _____

Persona de contacto principal del centro (Gerente de enfermería/trabajador social):

Nombre: _____

Telefono: _____

Contacto de facturación / Fax: _____

¿Se requiere autorización para realizar visitas a las instalaciones?

 Sí No

Completado por: _____

Fecha: _____

GUÍA PARA SOCIOS DE CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Para garantizar que sus residentes reciban atención oftalmológica oportuna y eficaz, proporcione la siguiente información:

Información requerida:

- Nombre completo y fecha de nacimiento del residente
- Persona de contacto principal del centro (Gerente de enfermería/trabajador social):
 - Contacto de facturación y número de fax
 - Si se requiere autorización

Expectativas de autorización:

Para los pacientes con Medicare Parte A, ciertos servicios de retina pueden estar incluidos en la facturación consolidada.

Por favor, notifique a nuestra oficina si se requiere autorización previa a la cita.

Programación y coordinación:

Telefono: 1-800-472-8867

Por favor, comuniquen las disposiciones de transporte y cualquier necesidad de movilidad..

Agradecemos su colaboración en la coordinación de la atención oftalmológica para sus residentes.