

## REGISTRACION DE PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección Postal: Calle \_\_\_\_\_ Apt/Ste/# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numeros De Telefono: Celular: \_\_\_\_\_ Hogar/Tarde \_\_\_\_\_

Teléfono De Dia (Trabajo / Otro) \_\_\_\_\_

Checar aquí si autoriza a NC Retina dejar un mensaje con información sobre su cita.

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_ Nombre De Empleado \_\_\_\_\_

**Sexo** (Por Favor Circular)  
Hombre /Mujer

**Estado Matrimonial** (Por Favor Circular)  
Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo

**Raza/Grupo Étnico** (Por Favor Circular)  
American Indian / Alaska Native / Asian / Black or African American / Chinese / Filipino / Hispanic or Latino  
Japanese / Korean / Native Hawaiian / Pacific Islander / Other / Unknown / White / Decline to Provide

Contacto De Emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Relación De Usted \_\_\_\_\_

Medico Primario \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado \_\_\_\_\_ Número De Teléfono \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL GARANTIZADOR

Checar aquí si el **PACIENTE** es financieramente responsable.

- Si alguien **QUE NO SEA EL PACIENTE** es financieramente responsable, Por favor llenar la información

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Dirección Postal: Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Yo Autorizo A NC Retina para compartir mi información Médica, financiera, o sobre citas a

RELACION	NOMBRE DE PERSONA AUTORIZADA	INFORMACIÓN PARA COMPARTIR
Esposo/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Hijos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Suegro/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Cuidador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Padre/Madre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita
Otro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Cita

Yo entiendo que yo tengo el derecho a revocar esta autorización a cualquier momento por mandar una carta escrita. Yo entiendo que una revocación no es efectiva en casos donde la información ya ha sido compartida, pero será efectiva en el futuro. Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la ley estatal o federal. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida que se utilizará o divulgará como se describe en este documento, y que puedo hacerle por una notificación escrita. Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado a la firma de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

## ENTENDIMIENTO DE RECIBO - AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADA

Una copia del aviso de prácticas privadas de NC Retina ha sido disponible para que yo la lea.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY

### FIRMA DEL PACIENTE

Si aplica, por favor completar la sección abajo:

Representante Personal (Imprimir ) \_\_\_\_\_

Firma De Representante Personal \_\_\_\_\_

Relación de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Solamente Para Uso De Oficina

**No pudimos obtener el entendimiento del recibo por la siguiente razón. :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Existía una emergencia y no era posible firmar | <input type="checkbox"/> El paciente se negó a firmar |
| <input type="checkbox"/> No se pudo comunicar con el paciente           | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |

## POLIZAS FINANCIERA

Gracias por elegir a North Carolina Retina Associates (NC Retina). Nos comprometemos a proporcionar la máxima atención médica oftalmológica. Para atender sus necesidades de seguro, requerimos que comprenda nuestra política financiera de la oficina.

NC Retina presenta sus reclamaciones médicas por cortesía a todas las compañías de seguro con las que estamos contratados. Aunque hacemos todo lo posible para verificar su cobertura, NC Retina no garantiza que la información que nos proporcione su compañía de seguros sea correcta. Si el paciente o una compañía de seguros nos da la información incorrecta del seguro, que retrasa los pagos más allá del límite para presentar la reclamación, usted será responsable de los cargos.

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

- En cada visita, proporcionará su información actual y correcta sobre el seguro médico. Se le pedirá que muestre su tarjeta(s) de seguro y licencia de conducir actuales.
- Notificará a una recepcionista cualquier cambio demográfico, como la dirección y el número de teléfono.
- Los pacientes son responsables de comprender su propia cobertura, copago, deducibles, remisiones y otros requisitos de seguro.
- Si su plan requiere una referencia para ver a un especialista, debe asegurarse de que existe la referencia adecuada antes de su cita. Si no obtiene una referencia, usted será financieramente responsable de todos los servicios prestados que deben pagarse en el momento del servicio.
- Se espera su copago en el momento del servicio.
- Al procesar su(s) reclamación(es) a través del(los) seguro(s) registrado(s), cualquier saldo restante se refleja en una declaración que se le envíe por correo.
- Si el pago no se puede realizar en su totalidad, aceptará entrar en un plan de pago y hacer pagos mensuales consecutivos.
- En caso de denegación de reclamación, no relacionado con error de facturación es posible que se le pida que se ponga en contacto con su compañía de seguros para ayudar en la resolución de la denegación. El paciente asume toda la responsabilidad del pago si usted no cumple con la solicitud de asistencia.

### POLIZA DE AUTOPAGO

En cada visita, requerimos un pago/depósito parcial de \$100.00 antes de que reciba atención médica de nuestros médicos. Cualquier saldo restante se refleja en un estado de cuenta que se le envíe por correo.

### PÓLIZA DE SEGURO FUERA DE LA RED

NC Retina no presentará reclamaciones a compañías de seguros con las que no estemos contratados. Si desea recibir atención oftalmológica médica de nuestro médico, se le considerará un paciente de autopago y se le aplicará la política de autopago. Si nos proporciona una confirmación por escrito con respecto a sus beneficiarios fuera de la red, le proporcionaremos la documentación necesaria para que presente su solicitud de reembolso personal.

### PÓLIZA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

Para que NC Retina presente una reclamación antes su compensación de trabajadores o otro de responsabilidad civil, debe proporcionar información de facturación completa. Sin esta información, no podemos facturar a su compañía de seguros y le pediremos el pago en su totalidad en el momento del servicio. Usted será financieramente responsable de los servicios médicos relacionados con la compensación/accidentes laborales si el seguro no paga en su totalidad. NC Retina no facturará a los abogados los gastos médicos.

**PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE** [redacted]

A menudo inscribimos a pacientes calificados en subvenciones y programas de asistencia para ayudar a pagar el costo de los medicamentos inyectables. Estos programas frecuentemente tienen una cantidad de copago similar a un copago de seguro. Usted es responsable de pagar este copago los días que reciba una inyección. Ten en cuenta también que estos programas abren y cierran a voluntad. Si la fundación queda sin fondos, usted será responsable de cualquier coaseguro de medicamento no pagado.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN** [redacted]

Autorizo la divulgación de la información de mi historial médico, de conformidad con las leyes, reglas y regulaciones federales y estatales aplicables, a terceros pagadores y otros proveedores que participen en mi cuidado, que acepten tratar mi información de manera confidencial de acuerdo con todas las leyes federales, estatales y locales. Además autorizo a cualquier otra persona o entidad, que me haya proporcionado atención médica a revelar a NC Retina toda la información de mi historial médico, ya sea en forma impresa o electrónica, necesaria para proporcionar atención informada. Puedo revocar mi consentimiento para la divulgación de esta información en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función del consentimiento.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS** [redacted]

Por la presente solicito que el pago de medicare autorizado, medicaid y todos los demás beneficios del seguro se realice en mi nombre a NC Retina por cualquier servicio que se me proporcione. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a revelar a la entidad apropiada y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficiarios pagadores por los servicios relacionados.

**GARANTIA DE PAGO** [redacted]

Si mi seguro tiene un contrato con NC Retina, no soy responsable de las cantidades que la práctica haya acordado, pasa a pérdidas y ganancias según el contrato. Si mi seguro no tiene un contrato con NC Retina, acepto ser responsable de cualquier cantidad no pagada por mi plan de seguro. En caso de que incumpla el pago de mi cuenta, entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los costos incurridos en el cobro de mi cuenta, incluidos los costos judiciales y los honorarios razonables de abogados. Si la deuda se asigna a una agencia de cobro externa, acepto ser responsable de las tarifas de cobro y los intereses debidos a las cantidades en mora.

**ACUERDO CON LA POLÍTICA DE PAGO** [redacted]

Reconozco que he revisado la política financiera de NC RETINA y acepto las condiciones de pago adeudadas.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE HOY**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**

Si aplica, por favor completar la sección abajo:

Representante Personal (Imprimir) \_\_\_\_\_

Firma De Representante Personal \_\_\_\_\_

Relación de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**HISTORIA OCULAR**

¿Toma AREDS2 Vitaminas para los ojos? SI / NO

¿Toma algunas otras vitaminas para los ojos? SI (Por Favor Nombrar)

\_\_\_\_\_ NO.

Por Favor Nombrar las gotas que usa **ACTUALMENTE Y CUAL OJO**

\_\_\_\_\_

Previo Cirujia de ojos?:

\_\_\_\_\_

Previo Trauma Hacia los Ojos?

\_\_\_\_\_

Otra Enfermedad De Ojos?

\_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

¿Ha tomado su vacuna contra el flu esta temporada? SI NO Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado la vacuna contra Neumonía en los últimos 5 años? SI NO

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

Tiene Diabetes?

TIPO I  TIPO II

ANO DIAGNOSTICADO: \_\_\_\_\_

Ultima Hemoglobina A1C: \_\_\_\_\_

Doctor Manejando Diabetes: \_\_\_\_\_

Por Favor checar todas que apliquen:

Alergias temporal  Asthma  Enfermedad de Tiroides  reflujo ácido

Presión Arterial Alta  Colesterol Alto  Artritis  Pérdida De Audio

Cancer  Historia de Stroke  Historia de Ataque de Corazón  COPD

Alguna Otra Condición Médica No Nombrado

\_\_\_\_\_

**HISTORIA DE CIRUGÍAS**

Por Favor De Nombrar las Cirugías y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **MEDICACIONES**

FARMACIA PREFERIDA:

---

¿Usted toma anticoagulantes? SÍ NO

- Aspirina
- Xarelto/Rivaroxaban
- Eliquis/Apixaban
- Warfarin/Coumadin
- OTRO: \_\_\_\_\_

Por Favor Nombrar **Todas** las medicinas y vitaminas que esta tomando con el dosaje y las intrucciones.

---

---

---

---

## **ALERGIAS**

¿Es alérgico al YODO? SI NO

Es alérgico a LÁTEX? SI NO

OTRO: \_\_\_\_\_

## **Historia Familiar**

- Ceguera - Relación: \_\_\_\_\_
- Desprendimiento De Retina - Relación: \_\_\_\_\_
- Degeneración Macular - Relación: \_\_\_\_\_
- Glaucoma - Relación: \_\_\_\_\_
- Cancer - Relación: \_\_\_\_\_
- Stroke - Relación: \_\_\_\_\_
- Problemas de Corazon - Relación: \_\_\_\_\_

## **Historia Social:**

Usted:  No Trabaja /Discapacitada  Retirado  Trabaja Ocupación: \_\_\_\_\_

Uso De Alcohol :  Nunca  Ocasional  1-2 Bebidas Diarias  3-4 Bebidas Diarias

Uso De Tabaco:  Nunca Fumó  Fuma Actualmente  Ex Fumador-

Fecha Que Paró: \_\_\_\_\_

Uso De Droga: SÍ NO

Explique SI : \_\_\_\_\_

Está embarazada o Intentando tener? SÍ NO

¿Usted ha sido expuesto a una infección sexual? SÍ NO