AUSTIN RETINA ASSOCIATES PATIENT INFORMATION

NOMBRE:

Primero Medio Ultimo

ASILO O DIRECCION POSTAL DOMICILIO:

CIUDAD: ESTADO: ZONA POSTAL:

TELEFONO: CASA: CELULAR: TRABAJO:

ELECTRONICO: FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: RAZA:

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A) SEXO: MASCULINO FEMENINO

NUMERO DE LICENSIA ESTADO: NUMERO DE SEGURO SOCIAL:

CORREO ELECTRONICO:

PADRES / CONTACTO DE EMERGENCIA: TELEFONO:( ) CELULAR:( )

NUMERO DE MEDICARE: NUMERO DE MEDICAID:

COMPAÑIA DE SEGURO:

DIRECCION: CIUDAD: ESTADO: ZONA POSTAL:

ASEGURADO: / FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ___/____/____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL:

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO: NUMERO DE GRUPO: RELACION DEL

PACIENTE: OTRO NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGURO:

DIRECCION: CIUDAD: ESTADO: ZONA POSTAL:

NOMBRE DEL ASEGURADO: FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ___/____/____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL:

NUMERO DEL IDENTIFICAION DEL ASEGURADO: NUMERO DE GRUPO: RELACION DEL PACIENTE:

MEDICO DE REFEENCIA: (nombre) (apellido)

DIRECCION: CIUDAD: ESTADO: ZONA POSTAL:

MEDICO PRIMARIO: (nombre) (apellido)

DIRECCION: CIUDAD: ESTADO: ZONA POSTAL:

Yo autorizo a qualquier y todos los beneficios de seguro a cuales yo estoy permitido para servicios rendios por Austin Retina Associates. Yo estoy de acuerdo que es mí responsa bilidad de pagar cargos no cubiertos por mi seguro. Yo autorizo a qualquier poseedor de información media u otro que libre dicha información a La Admistración De Seguro, HCFA y sus filiales, y cualquier otros portadores de seguro o proveedores de asistencia médica, qualquier información necesaria para este u otro reclamo médico relacionado. Yo permito que se use una copia de esta autorización en el lugar de la original.

FIRMA:_____FECHA:_____/_____/_____

AUSTIN RETINA
ASSOCIATES

C. Armitage Harper, III, M.D.
Jose Agustin Martinez, M.D.
James W. Dooner, M.D.
Mark Levitan, M.D.
Peter A. Nixon, M.D.
Robert W. Wong, M.D.
Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.

Por favor, indique si ha dado a alguien que no sea usted Poder Médico o si alguien es su tutor legal.

❑Soy mi propio Poder Médico legal

❑He asignado a otra persona como mi Poder Médico legal

Si es aplicable, por favor llene el siguiente:

Nombre del persona con Poder Médico legal:_____ Relación con el Paciente: _____ Numero de telefono para persona con Poder Legal:_____

Además, proporcione Austin Retina con una copia del documento Poder Médico legal firmada indicando que puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.

_____

Nombre del Paciente

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

AUSTIN RETINA
ASSOCIATES

C. Armitage Harper, III, M.D.
Jose Agustin Martinez, M.D.
James W. Dooner, M.D.
Mark Levitan, M.D.
Peter A. Nixon, M.D.
Robert W. Wong, M.D.
Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.

AUSTIN RETINA ASSOCIATES POLÍTICA FINANCIERA

Estamos dedicados a brindarle el mejor cuidado y servicios y considerar su comprensión completa de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su atención. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera con el fin de reducir la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica. Esta forma no puede ser modificado por el Paciente / Guardián. Su firma reconoce el acuerdo, que es requerido antes de que los servicios sean proporcionados.

PRUEBA DE SEGURO E IDENTIDAD

- Por favor, con usted a cada cita de traer, sus tarjetas de médico y una identificación con foto válida. Es su responsabilidad notificar nuestra práctica con respecto a los cambios de médico o dirección.

DESCUENTOS PARA PAGOS EN EL MOMENTO DE LOS SERVICIOS

- A menos que otros arreglos se han hecho por adelantado por usted o su compañía de seguros de salud, el pago total se debe en el momento del servicio. Para su comodidad aceptamos VISA, MasterCard, Discover y American Express.

PACIENTES CON PLAN DE SEGUROS FUERA DE RED LA CONTACTO

- Si usted tiene cobertura de seguro médico con un plan para el que no estemos en contrato o acuerdo previo, el pago por su cuidado y tratamiento se debe en el momento del servicio.

PACIENTES CON PLAN DE SEGUROS EN CONTRATO

- ARA está contratada con muchos aseguradores y planes de salud médico para aceptar la cesión de beneficios. Como proveedores contratados, vamos a enviar una reclamación a su plan de seguro médico, y sólo se requerirá que pague el co-pago autorizado, deducibles y / o co-seguro en el momento del servicio.
- En el caso de que su plan de salud determina que un servicios “no sea cubiertas,” que será responsable de las cargos completos. El pago se debe a la recepción de una declaración de nuestra oficina.
- Si su seguro médico tenemos un acuerdo, pero si no presenta su tarjeta de seguro médico en el momento del servicio, se le pedirá que firme una renuncia.
- Si se descubre que usted no presenta la tarjeta de identificación de seguro correcta en el momento del servicio, usted será responsable de los cargos.
- Algunos planes de seguro médico requieren un número oficial de referencia o autorización para ser vistos en nuestra clínica. Si estando previstos se presenta el paciente sin esta autorización, y

AUSTIN RETINA
ASSOCIATES

C. Armitage Harper, III, M.D.
Jose Agustin Martinez, M.D.
James W. Dooner, M.D.
Mark Levitan, M.D.
Peter A. Nixon, M.D.
Robert W. Wong, M.D.
Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.

no hemos recibido un autorización válida en nuestra oficina, ce le pedirá que firme un formulario de renuncia, y el pago completo será recogido en el momento del servicio.

DESCUENTOS PARA PAGOS EN EL MOMENTO DE LOS SERVICIOS

- Austin Retina se beneficia de los ahorros de costos administrativos de los pagos en el momento de los servicios. Como resultado, los pacientes serán elegibles para los descuentos vigentes en ese momento proporcionados por ARA. Los pacientes no son elegibles para descuentos si tienen saldos pendientes de servicios anteriores que aún se adeudan a ARA.

PACIENTES MENORES

- Los padres / tutores de menores son responsables del pago de la factura de los servicios.
- Los arreglos de pago deben hacerse por adelantado para menores no acompañados por su padres o tutores de menores.

COLECCIÓN DE PAGOS NO PAGADO

Una vez completados los esfuerzos razonables para cobrar los saldos adeudados por ARA, que sea determinarán a la entera discreción de ARA. ARA podrá solicitar la asistencia de una agencia de cobro o un abogado para obtener el pago de todos los saldos adeudados a ARA. Si es necesario, el paciente será responsable de todos los gastos razonables de cobro incluso, entre otros los gastos de la agencia de cobranza, los honorarios y gastos de abogados, los honorarios de los expertos y el costo del tribunal. El lugar único y exclusivo para cualquier disputa con respecto a los montos adeudados por usted o por un menor (como padre o tutor) será única y exclusivamente en los tribunales federales, estatales y tribunales de condado de Travis, Texas. Si tiene alguna pregunta sobre su saldo, llame a nuestra oficina de facturación al (512) 451-0103.

NOTAS ADICIONALES RELATIVAS A LA POLÍTICA FINANCIERA ARA

- En el caso de incumplimiento en el equilibrio del paciente debido, por cualquier razón, el paciente (o guardián) serán responsables de gastos de recaudación, honorarios de abogados y costas judiciales.
- Los saldos de crédito que pueden ocurrir en su cuenta se aplicarán a cualquier otro saldo adeudado por el paciente antes de cualquier reembolso al paciente.
- Las solicitudes de copias de los registros médicos, la finalización de la FMLA y otras formas, son facturables como responsabilidad de paciente. Por favor, solicite nuestro formulario separado con respecto a las tasas de copias de los registros / formularios.

AGRADECIMIENTO DEL PACIENTE

AUSTIN RETINA
ASSOCIATES

C. Armitage Harper, III, M.D.
Jose Agustin Martinez, M.D.
James W. Dooner, M.D.
Mark Levitan, M.D.
Peter A. Nixon, M.D.
Robert W. Wong, M.D.
Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y aceptó estar obligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo que tales términos pueden ser enmendados de vez en cuando por la práctica.

_____

Nombre impreso del paciente

_____ _____

Firma del Paciente o Parte Responsable **Fecha**

AUSTIN RETINA
ASSOCIATES

C. Armitage Harper, III, M.D.
Jose Agustin Martinez, M.D.
James W. Dooner, M.D.
Mark Levitan, M.D.
Peter A. Nixon, M.D.
Robert W. Wong, M.D.
Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.

NOTA ESCRITA DE RECONOCIMIENTO

Nuestra Nota de Práctica de Privacidad proporciona información acerca de cómo podemos usar y revelar información acerca de usted. Los términos pueden cambiar de cómo los proporcionamos en nuestra nota. Si hacemos algún cambio, usted tiene derecho de solicitar una copia revisada.

Yo _____, e recibido una copia
(Favor de usar letra de molde para escribir el nombre del paciente)
de la Nota Informativa de las Prácticas de Salud de parte de Austin Retina Associates.

Yo entiendo que yo puedo hacer preguntas al Oficial de Privacidad si no entiendo cualquier información contenida en la Nota Informativa de las Prácticas de Salud.

_____
Firma del Paciente

_____
Fecha

_____
Representante Autorizado del Paciente

_____
Relación al Paciente

AUSTIN RETINA
ASSOCIATES

C. Armitage Harper, III, M.D.
Jose Agustin Martinez, M.D.
James W. Dooner, M.D.
Mark Levitan, M.D.
Peter A. Nixon, M.D.
Robert W. Wong, M.D.
Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo _____, autorizo a Austin
(Favor de usar letra de molde para escribir el nombre del paciente)
Retina Associates que libere toda información médica incluyendo resultados de pruebas fechas y horarios de citas futuras a los siguientes amigos o familiares:

1. _____Relación: _____
2. _____Relación: _____
3. _____Relación: _____

Por favor verifique todo lo que aplica a donde podamos dejar algún recado para usted.

_____En su máquina contestadora

_____En su lugar empleo

Otro: _____

Podemos mandarle una tarjeta postal con respecto a sus citas?
_____Sí _____ No

_____ _____
Firma del Paciente / Guardián Fecha