

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.
Luca Rosignoli, M.D.
Saagar Patel, M.D.
Christian Leal, M.D.



Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.
Edward H. Wood, M.D.
Aaron Brock Roller, M.D.
John C. Fitzpatrick, M.D.
Naomi Hasegawa, M.D.
Rolake Alabi, M.D.
Marco Ji, M.D.

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ MEDIO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ SS#: ____ - ____ SEXO: M / F
(Elige Uno)

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A) RAZA: _____
(Elige Uno)

TELEFONO PRINCIPAL #: (____) _____ Celular Casa Otro

TELEFONO ALTERNATIVO #: (____) _____ Celular Casa Otro

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

TELEFONO PRINCIPAL #: (____) _____ Celular Casa Otro

SEGURO DE SALUD: _____ ID#: _____ GRUPO #: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO (Si es otro que el paciente): _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ____ / ____ / ____ SS#: ____ - ____

Tiene un seguro secundario o un plan complementario? SI NO NOMBRE: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

NOMBRE DEL MEDICO PRIMARIO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

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.
Luca Rosignoli, M.D.
Saagar Patel, M.D.
Christian Leal, M.D.



Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.
Edward H. Wood, M.D.
Aaron Brock Roller, M.D.
John C. Fitzpatrick, M.D.
Naomi Hasegawa, M.D.
Rolake Alabi, M.D.
Marco Ji, 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 de la 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

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.
Luca Rosignoli, M.D.
Saagar Patel, M.D.
Christian Leal, M.D.



Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.
Edward H. Wood, M.D.
Aaron Brock Roller, M.D.
John C. Fitzpatrick, M.D.
Naomi Hasegawa, M.D.
Rolake Alabi, M.D.
Marco Ji, 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 modificada 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 hayan hecho por adelantado por usted o su compañía de seguros de salud, el pago total se debe hacer 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 esta cubierto,” será responsable de las cargas completos. El pago se debe a la recepción de una declaración de nuestra oficina.
- Si su seguro médico tiene 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.

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.
Luca Rosignoli, M.D.
Saagar Patel, M.D.
Christian Leal, M.D.



Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.
Edward H. Wood, M.D.
Aaron Brock Roller, M.D.
John C. Fitzpatrick, M.D.
Naomi Hasegawa, M.D.
Rolake Alabi, M.D.
Marco Ji, M.D.

- 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 no hemos recibido una autorización válida en nuestra oficina, se 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 tiene 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 supadres o tutores de menores.

COLECCION DE PAGOS NO PAGADO

- Una vez completados los esfuerzos razonables para cobrar los saldos adeudados por ARA, que se 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 del 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

- Si, después de que el seguro o plan de salud del paciente realiza un pago, resulta un saldo acreedor en la cuenta del paciente, el saldo acreedor se aprovechara primero a cualquier otro saldo adeudado por el paciente a ARA. Después de que se paguen todos los montos adeudados a ARA, se emitirá un reembolso dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se identifique el saldo acreedor.

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.
Luca Rosignoli, M.D.
Saagar Patel, M.D.
Christian Leal, M.D.



Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.
Edward H. Wood, M.D.
Aaron Brock Roller, M.D.
John C. Fitzpatrick, M.D.
Naomi Hasegawa, M.D.
Rolake Alabi, M.D.
Marco Ji, M.D.

- Las solicitudes de copias de los registros médicos, la finalización de la FMLA y otras formas, son facturables como responsabilidad del paciente. Por favor, solicite nuestro formulario separado con respecto a las tasas de copias de los registros / formularios.

LA PÓLIZA DE AUSENCIA

- Aviso, nuestra oficina cobra una tarifa de \$25.00 por "No presentarse" a los pacientes que no se presentan a sus citas. Austin Retina envía recordatorios por mensaje de texto y correo electrónico hasta 4 días antes del día de la cita, por eso confirme que tenemos el correo electrónico y los números de teléfono correctos. Si no pueden asistir a su cita, pedimos que llamen a cancelar su cita 24 horas antes de la fecha de su cita. Apreciamos su paciencia y comprensión. Gracias por confiar en nuestros médicos y nuestra oficina.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

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

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.
Luca Rosignoli, M.D.
Saagar Patel, M.D.
Christian Leal, M.D.



Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.
Edward H. Wood, M.D.
Aaron Brock Roller, M.D.
John C. Fitzpatrick, M.D.
Naomi Hasegawa, M.D.
Rolake Alabi, M.D.
Marco Ji, 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 _____, he 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 o Parte Responsable

Fecha

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.
Luca Rosignoli, M.D.
Saagar Patel, M.D.
Christian Leal, M.D.



Shelley Day Ghafoori, M.D.
Ryan C. Young, M.D.
Philip P. Storey, M.D.
Edward H. Wood, M.D.
Aaron Brock Roller, M.D.
John C. Fitzpatrick, M.D.
Naomi Hasegawa, M.D.
Rolake Alabi, M.D.
Marco Ji, M.D.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

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

1. _____ Relacion: _____
2. _____ Relacion: _____
3. _____ Relacion: _____

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

- _____ En su máquina contestadora
_____ En su lugar de empleo
_____ Otro: _____

¿Podemos mandarle una tarjeta postal con respecto a sus citas?

_____ Si _____ No

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha



Forma de Consentimiento de Comunicación

En Austin Retina Associates, nos esforzamos por brindarle una excelente atención y una comunicación oportuna. Al firmar este formulario, usted autoriza a Austin Retina Associates a enviarle mensajes sobre sus citas programadas y no programadas a través de los siguientes métodos.:

- Correo electrónico
- SMS (Mensajes de Texto)
- Llamadas telefónicas

Detalles del consentimiento:

Al proporcionar su información de contacto, usted acepta recibir comunicaciones de Austin Retina Associates relacionadas con recordatorios de citas, actualizaciones de programación y otras notificaciones relevantes.

- **SMS Mensajes:** Es posible que reciba mensajes de texto con recordatorios y actualizaciones de citas. La frecuencia de los mensajes puede variar. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos.
- **Opción de exclusión:** Puede responder STOP en cualquier momento para dejar de recibir mensajes de texto de Austin Retina Associates. Para obtener ayuda adicional, responda HELP o comuníquese directamente con nuestra oficina al 800-252-8259.
- **Política de privacidad:** Para obtener más información sobre cómo protegemos su información, consulte nuestra política de privacidad disponible en nuestro sitio web en www.austinretina.com

Reconocimiento del paciente:

Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos, y que puedo optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo 'STOP'. Reconozco haber sido informado sobre la política de privacidad de Austin Retina Associates.

Acepto recibir comunicaciones por mensaje de texto, correo electrónico o llamada telefónica de Austin Retina Associates al proporcionar mi información de contacto y firmar a continuación:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Número de teléfono para recibir mensajes SMS / Llamadas telefónicas: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Firma: _____

Fecha: _____ / _____ / _____



Política de Grabación

En Austin Retina Associates, nos comprometemos a mantener un ambiente respetuoso y seguro para pacientes, visitantes y personal. Aunque Texas es un estado donde se requiere el consentimiento de una sola parte (es decir, las personas pueden legalmente grabar conversaciones en las que participan sin el consentimiento de la otra persona), **nuestra política exige que todos los pacientes y visitantes obtengan permiso explícito del personal antes de realizar cualquier grabación de audio o video** dentro de nuestras instalaciones o durante las sesiones de telemedicina.

Objetivo de esta política:

- Proteger la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de todos los pacientes, visitantes y personal.
- Promover una comunicación abierta y honesta durante las consultas médicas.
- Garantizar el cumplimiento de HIPAA y otras regulaciones de privacidad aplicables.

Grabaciones que no son autorizadas pueden resultar en la terminación de los servicios o expulsión de nuestras instalaciones. Agradecemos su cooperación para ayudarnos a mantener un ambiente profesional y respetuoso.

Si tiene alguna pregunta sobre esta política o desea solicitar permiso para grabar, por favor hable directamente con un miembro del personal.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
Firma del paciente o Parte Responsable

Printed Name: _____