

BIENVENIDO

Gracias por escoger nuestra oficina para el cuidado de sus ojos. Por favor complete esta forma en tinta. Si tiene alguna pregunta no dude en pedirnos ayuda.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre	Inicial	Apellido	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes Día Año	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Número de seguro social: _____ / _____ / _____	Ocupación: _____		
Estatus Marital: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Menor			
Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____			
Correo electrónico: _____ Donde podemos contactarle?: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
Referido por: Doctor/Paciente/Otro _____		Telefono: _____	

INFORMACION DEL ASEGURADO

Nombre	Inicial	Apellido	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____	
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Teléfono	

INFORMACION DEL SEGURO

Numero De Póliza: _____	Grupo: _____
Teléfono para el Proveedor: _____	Teléfono para el Miembro: _____

INFORMACION DE SU FARMACIA

Nombre de farmacia: _____	Numero de Teléfono: _____
---------------------------	---------------------------

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____	Relación: _____
Teléfono: _____	Trabajo/Celular: _____

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION MÉDICA

Con la presente autorizo al Dr. Buxton proveer todo mi historial médico, tratamientos administrados, etc. para revisión, evaluación o investigación de cualquier reclamo presentado a mi seguro médico. Esta autorización será efectiva inmediatamente y seguirá siendo efectiva durante el tiempo que yo este asegurado incluyendo un tiempo razonable después de que dicho segura haya vencido. Esta autorización me incluye al igual que a mis dependientes, familiares, heredarios, ejecutor testamentario y administradores.

Firma: _____	Fecha: _____
--------------	--------------

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

FECHA: _____

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Buxton Eye Surgical PC.

Nombre del Paciente
(En letras de imprenta)

Firma del paciente

Si este formulario fue completado por el representante personal del paciente, por favor escriba el nombre en letras de imprenta y firme a continuación.

Representante Personal

Firma del representante personal

Relación

Restricción del Paciente HIPPA

Por favor escriba los individuos, amigos o familiares, si aplica, a quien nos autoriza que le demos su información medica. Este autorización nos deja darles cualquier información medica e información relacionado con sus cargos y cobros a los individuos abajo. No es necesario proveer la oficina de su médico aquí.

1. Nombre: _____

Relación: _____

2. Nombre: _____

Relación: _____

3. Nombre: _____

Relación: _____

Para El Uso de Buxton Eye Surgical PC

Complete this section if this form is not sign and dated by the patient or patient personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of Buxton Eye Surgical PC Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason:

Patient Refused to Sign

Patient unable to sign

Other _____

Employee Name _____

Date _____

Buxton Eye Surgical Group

Política de Pagos

Tenemos el compromiso de facilitarle la mejor atención médica posible. Si dispone de seguro de cobertura médica, pondremos todo nuestro empeño en que consiga el máximo de beneficios que permita su póliza. Para conseguir este objetivo, necesitamos su ayuda y también que comprenda en que consiste nuestra política de pagos.

PAGOS REALIZADOS DIRECTAMENTE POR USTED

El pago por los servicios recibidos se debe hacer el mismo día en que se le proporcionen esos servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques o tarjetas tipo MasterCard o Visa. Si no participamos en el plan de su seguro médico, estaremos encantados de ayudarle para que pueda procesar el reclamo de reembolso a su compañía de seguro una vez que nos visite, deberá acompañar un formulario de reclamo de su compañía de seguro, que previamente habrá llenado. Los cheques bancarios devueltos están sujetos a un cargo de \$40.00 por servicio.

SEGURO MEDICO

Por favor, tenga siempre en cuenta que su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su compañía del seguro. Como proveedores de servicios médicos, nuestra relación se establece con usted, no con su compañía del seguro. Aunque llenamos los formularios de reclamo de reembolso para la aseguradora como cortesía hacia nuestros pacientes, la responsabilidad de abonar todos los cargos es suya desde la misma fecha en que le prestamos los servicios. Usted debe conocer y seguir todas las reglas y procedimientos en la forma en que se hayan acordado entre usted y su compañía de seguro por lo que refiere a derivaciones, segundas opiniones médicas o autorizaciones previas. Le ayudaremos a conseguir esas autorizaciones previas para los servicios médicos cuando sea necesario. Cuando usted no nos facilite la información pertinente, o nos facilite información errónea (por ejemplo, compañía seguro incorrecto, o número de póliza no valido), podría denegárseles su reclamo, y se le considerara responsable de los pagos pendientes. Cualquier pago que usted tenga que hacer de su bolsillo, tales como el deducible o el coaseguro o copago, deben realizarse en el mismo momento en que se le presta el servicio. Si usted está suscrito a un plan de salud tipo HMO (en el que necesita una derivación de su médico de cabecera), no podremos verlo en la consulta si no tiene la derivación, a menos que usted pague de su bolsillo esa visita. Usted es responsable de conocer y seguir las políticas, requisitos y restricciones que determine su compañía de seguro.

Su compañía de seguro puede no cubrir ciertos exámenes y pruebas médicas que su oftalmólogo considere necesarios. Bajo tales circunstancias, y con su consentimiento previo, usted será responsable del pago de los costos de esas pruebas médicas.

Entiendo que todas las visitas a la consulta deben pagarse en el mismo momento en que se prestan los servicios, a menos que se haya acordado anteriormente un plan de pagos. Autorizo a que se divulgue cualquier información de tipo médico que sea necesaria para procesar mis reclamos a mi compañía de seguro. Autorizo a que se me fotografíe si ello se considera necesario desde el punto de vista médico, y asimismo autorizo a que entreguen los pagos de mis beneficios médicos de forma directa a Buxton Eye Surgida, P.C.

Por favor, tenga siempre en cuenta que todo paciente que no se presente a su cita sin haber llamado para cancelarla o cambiarla con 24 horas de anticipación, será sujeto a un cargo de \$50.00 en su próxima visita.

He leído y he comprendido en su totalidad las políticas de esta clínica relativas a pagos y seguro médico. Estoy de acuerdo en hacer los pagos por los servicios y pruebas médicas que no estén cubiertos por mi plan de seguro médico cuando se me informe de ello adecuadamente. Comprendo que soy responsable de entender y seguir las reglas, políticas y procedimientos del plan médico de mi compañía de seguro. Se aplicara un cargo de \$30.00 por repetición de presentación de documentos si nos proporciona información incorrecta o no valida sobre su compañía de seguro (por ejemplo, la cobertura se ha cancelado o ha cambiado), y usted desea que volvamos a presentar su reclamo de reembolso.

Firma del paciente/Firma del garante del pago

Fecha

Buxton Eye Surgical Group

Douglas F. Buxton, M.D., FACS

310 East 14th Street, Suite 403

New York, NY 10003

212-979-4410

www.buxtoneye.com

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Su plan de seguro médico, incluyendo Medicare, no paga por los servicios descritos a continuación.

FAVOR ELEGIR UNA OPCIÓN SI DECEA RECIBIR LOS SERVICIO(S)

SERVICIO	COSTO
<input type="checkbox"/> Refracción: procedimiento que determina receta para los espejuelos.	\$100.00
<input type="checkbox"/> Medida de lentes de contacto-regular: incluye instrucción en cómo ponerse y quitarse los lentes de contacto, un par de lentes de contacto, receta para espejuelos y Lentes de contacto, una- visita para posible ajuste.	\$275.00
<input type="checkbox"/> Medida de lentes de contacto multifocal, incluye instrucción en cómo ponerse y quitarse los lentes de contacto, un par de lentes de contacto, receta para espejuelos y Lentes de contacto, una - dos visitas para posible ajuste.	\$400.00
<input type="checkbox"/> Medida de lentes de contacto Torico(astigmatismo), incluye instrucción en cómo ponerse y quitarse los lentes de contacto, un par de lentes de contacto, receta para espejuelos y Lentes de contacto, una - dos visitas para posible ajuste.	\$325.00
<input type="checkbox"/> Re-medida de lentes de contacto regular, sus lentes de contacto es evaluado, el material material, prescripción for glasses and contacto lens is dispensed.	\$175.00
<input type="checkbox"/> Re-fit Toric contact lens, your lenses are evaluated for correctness of fit, power and material, prescription for glasses and contact lens is dispensed.	\$225.00
<input type="checkbox"/> Re-fit Multifocal contact lens, your lenses are evaluated for correctness of fit, power and material, prescription for glasses and contact lens is dispensed.	\$325.00

Reconocimiento del paciente

He leído la información anterior y entendida que los servicio (s) mencionados, mi seguro no cubre. Acepto la responsabilidad total del costo de este servicio y entiendo que tengo que pagar el mismo día. Entiendo también que cualquier deducible, co-pago o co-seguro que pudiera tener es un costo adicional, y no esta incluido en el pago del servicio mencionado.

Firma del paciente

Buxton Eye Surgical Group

Douglas F. Buxton, M.D., FACS

310 East 14th Street, Suite 403

New York, NY 10003

212-979-4410

www.buxtoneye.com

Asignación de Beneficios y Beneficios de MediGap

Nombre Del Paciente

Numero De Medicare

Fecha De Validez: _____

1. **MEDICARE:** Yo solicito que el pago de mis cuentas por servicios efectuados en mi comiencen por la fecha anteriormente dada, por el médico de Buxton Eye Surgical Group sea hecho directamente. Yo autorizo a Buxton Eye Surgical Group a proporcionar a la compañía se seguro cualquier información que sea requerida, con respecto a estos servicios. Yo permito que una copia, de esta autorización sea usada en lugar del original.
2. **MEDIGAP:** Yo solicito que el pago autorizado de los beneficios de Medigap sea hecho por mi o de mi parte a Buxton Eye Surgical Group por cualquier servicio proporcionado por ese proveedor de servicios médicos. Yo autorizo a cualquier poseedor de información medica sobre mi persona a suministrársela al seguro cualquier información necesaria que ayude a determinar estos beneficios o el pago de beneficios relacionados con estos servicios.

Firma Del Paciente