

Formulario de Registro Interno Confidencial Para Pacientes de Rosin Eyecare

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono Durante el Día: (____) _____

Teléfono Móvil: (____) _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Identidad de Género: _____

Dirección: _____

Apt / Unidad: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Ocupación: _____

Solicitud de Autorización de Fax y Correo Electrónico para Rosin Eyecare y Comprehensive Eyecare Physicians

Entiendo que transmitiré mis registros médicos electrónicamente y lo autorizo a hacerlo. Si otra parte recibió mis registros médicos por error, absuelvo a Rosin Eyecare & Comprehensive Eyecare Physicians de toda responsabilidad por la presentación de dichos registros. Envíe por fax mis registros médicos a: (____) _____

Envíe por correo electrónico mis registros médicos a: _____

Este comunicado de correo electrónico pertenece al paciente o tutor, así como a cualquier parte externa autorizada por el paciente. Para asegurarnos de que podamos enviarle sus registros / Rx por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico arriba.

Información del Tutor (si es diferente a la del paciente)

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Relación al paciente: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Teléfono #: (____) _____ - _____

Seguro de Vision

Nombre del Proveedor: _____

Identificación de Miembro #: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: ____/____/____

Últimos 4 de SS: _____

Seguro Medico

Nombre del Proveedor: _____

Identificación de Miembro #: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: ____/____/____

Últimos 4 de SS: _____

Declaración de Responsabilidad Financiera

En un esfuerzo por brindarle un servicio eficiente, hemos instituido la siguiente política financiera. Nuestra oficina, como cortesía, presentará reclamos de seguro basados en la información que nos ha proporcionado, si somos un proveedor participante en su plan de seguro. Es su responsabilidad proporcionarnos información completa y precisa. Se le pedirá que proporcione esta información anualmente. El no proporcionar la información necesaria y requerida por su compañía de seguros resultará en la denegación de su reclamo. Se espera que las partes aseguradas conozcan los requisitos de su plan y cumplan con las especificaciones de su plan de seguro. Además, si su compañía de seguros le solicita información, debe proporcionarla de inmediato. Si se rechaza su reclamo, es su responsabilidad pagar el saldo en su totalidad. Al firmar a continuación, usted comprende que será responsable del pago de cualquier servicio no pagado por su compañía de seguros que incluyó copagos, deducibles, coseguro y artículos no cubiertos, y servicios denegados no cubiertos por contrato entre nuestra oficina y su aseguradora. . En los casos en que se considere necesario, nos reservamos el derecho de remitir los saldos no cobrados a una agencia de cobranza externa.

Rosin Eyecare requiere que todas las tarifas y copagos de los exámenes se paguen en su totalidad al momento del servicio, y un depósito del 50% al solicitar materiales.

Al firmar a continuación, acepto que soy responsable en última instancia del pago de los servicios que se me brindan. Mi firma a continuación autoriza a Rosin Eyecare a divulgar la información necesaria para facilitar los pagos de las reclamaciones sobre el cuidado de la vista.

Continuar en el otro lado

Reconocimiento de Recibo de las Prácticas de Privacidad de HIPAA

Reconozco que recibí una copia de Rosin Optical Co., Inc. / Comprehensive Eyecare Physicians, P.C., Notice of Privacy Practices.

Fecha: ____/____/____

Nombre de Paciente: _____

Forma: _____

Consentimiento Para la Divulgación Verbal de Información

Tipo (porfavor circule)

Deje un Mensaje Detallado

Número de teléfono primario: _____ Casa Trabajo Móvil Si No

Número de teléfono secundario : _____ Casa Trabajo Móvil Si No

Enumere todas las personas con las que PODEMOS compartir detalles sobre su atención médica. Indique si esto puede incluir Información de Salud Protegida (PHI), como resultados de exámenes, preguntas sobre facturación u otra información médica.

Nombre	Relación	Compartir PHI?	
_____		Si	No
_____		Si	No

Entiendo que este consentimiento es válido hasta que sea revocado por mí y se aplica a la información sobre mí obtenida a través de todas y cada una de las ubicaciones y médicos de Rosin Eyecare. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito al médico mi deseo de hacerlo. También entiendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en que el médico ya haya confiado en él para usar o divulgar mi información médica. La revocación del consentimiento por escrito debe enviarse al consultorio del médico.

Firma aceptando todos los términos detallados anteriormente: _____

Nombre Impreso: _____

Fecha: _____

Revisado: Iniciales _____ Fecha _____ Iniciales _____ Fecha _____ Iniciales _____ Fecha _____ Iniciales _____ Fecha _____