

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



LUKE S. BIANCO, MD
PRIVACY OFFICER
(559) 429-4378

Por la presente reconozco que recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta práctica médica.

Firma:

Fecha: _____

Imprimir nombre: _____

Teléfono: (____) _____

Si no está firmado por el paciente, por favor indique:

Relación:

- padre o tutor del paciente menor
- guardián o conservador de un paciente incompetente
- beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del paciente: _____

Sólo para uso de oficina:

- Formulario firmado recibido por: _____
- Reconocimiento rechazado:

Esfuerzos para obtener:

Razones para denegar:

C. Sus derechos de información de salud

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos casos de uso y divulgación de su información de salud por medio de una petición escrita que especifique qué información desea limitar y qué límites desea imponer en nuestro uso o divulgación de esa información. Si usted nos indica que no le divulguemos a su plan de salud comercial información que tenga que ver con servicios o productos de atención médica por los cuales haya pagado completamente por cuenta propia, nosotros acataremos su solicitud a menos que debamos divulgar la información para su tratamiento o por razones legales. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos su información de salud de alguna forma específica o a alguna ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a una dirección de correo electrónico en particular o a su dirección laboral. Cumpliremos con todos los pedidos razonables presentados por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a revisar y copiar. Usted tiene derecho a revisar y copiar su información de salud con contadas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud escrita que detalle a qué información desea acceder, si desea revisarla o realizar una copia, y, en caso de querer una copia, la forma y el formato deseados. Nosotros proporcionaremos copias en la forma y el formato que usted solicitó, si es realizable rápidamente, o proporcionaremos un formato alternativo que usted acepte; o si no logramos estar de acuerdo y mantenemos el registro en formato electrónico, le ofreceremos elegir entre un archivo electrónico de lectura o en formato impreso. También le enviaremos una copia a cualquier persona que usted designe por escrito. Facturaremos un honorario razonable que cubra nuestros gastos de mano de obra, suministros, franqueo y, si se solicitó y acordó por adelantado, el costo de redactar una explicación o un resumen según lo permita la ley federal y de California. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias determinadas. Usted tendrá el derecho de apelar nuestra decisión en caso de que rechacemos su solicitud para acceder a los registros de su hijo o de un adulto incapacitado que usted representa debido a que consideramos que permitirle el acceso podría llegar a causar un daño substancial al paciente. En caso de que rechacemos su acceso a las notas de psicoterapia, usted tendrá derecho a que las transfieran a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a corrección o complemento. Usted tiene derecho a solicitar que corrijamos su información médica que crea que sea incorrecta o esté incompleta. Debe realizar una solicitud de corrección por escrito, e incluir las razones por las cuales cree que la información es inexacta o está incompleta. No estamos obligados a modificar la información de salud, y le proporcionaremos información sobre el rechazo del consultorio médico y cómo puede disentir con el rechazo. Podemos rechazar su solicitud si no contamos con la información, sino creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la corrección), si usted no está autorizado para revisar o copiar la información en cuestión o si la información es correcta y está completa actualmente. Si rechazamos su solicitud, usted puede enviar una declaración escrita que exprese su disconformidad con la decisión y, a su vez, nosotros podemos impugnarla. También tiene derecho a solicitar que agreguemos a su registro una declaración de hasta 250 palabras con respecto a cualquier información dentro del registro que usted considere que está incompleta o es incorrecta. Toda la información relacionada a alguna

solicitud de corrección o complemento se mantendrá y divulgará junto con cualquier divulgación subsiguiente de la información en disputa.

5. Derecho a un resumen de divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un resumen de las divulgaciones de su información de salud que este consultorio médico haya realizado, excepto que este consultorio médico no deba dar cuenta de las divulgaciones que se le proporcionaron o conforme a su autorización escrita, o según los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación a la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de prácticas de privacidad, o divulgaciones con fines investigativos o de salud pública que excluyan identificaciones directas de pacientes o que sean inherentes a un uso o una divulgación permitidos o autorizados por ley, o las divulgaciones que se realicen a una agencia de supervisión de la salud o a agentes de la autoridad en la medida que este consultorio médico haya recibido notificación de dicha agencia o agente de que el brindar este resumen razonablemente podría interferir en sus actividades.

6. Usted tiene derecho a estar informado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y a una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si previamente solicitó su recepción por correo electrónico.

Si quisiera tener una explicación más detallada de estos derechos o si quisiera ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

D. Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad

Nos reservamos el derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que realicemos dicha modificación, la ley nos exige cumplir con este Aviso. Luego de que se realiza una modificación, el Aviso de prácticas de privacidad revisado aplicará a toda la información médica protegida que mantengamos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso actual publicada en nuestra área de recepción y habrá una copia disponible en cada cita. [Para los consultorios que posean sitio web, agregar lo siguiente: También publicaremos el aviso vigente en nuestro sitio web].

E. Quejas

Las quejas con respecto a este Aviso de prácticas de privacidad o la manera en que este consultorio médico manipula su información de salud deben dirigirse a nuestro funcionario de privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina aborda una queja, puede enviar una queja formal a:

Region IX
Office of Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, CA 94103
(415) 437-8310;
(415) 437-8311 (TDD)
(415) 437-8329 (fax)
OCRMail@hhs.gov

El formulario de quejas se puede encontrar en:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf.
Usted no será penalizado de ninguna forma por presentar una queja.

OPHTHALMOLOGY

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

LUKE S. BIANCO, MD
Funcionario de Privacidad
(559) 429-4378

Fecha de entrada en vigencia
1 Mayo, 2015

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Comprendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica. Llevamos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir tales registros de otras personas. Utilizamos estos registros para proveer atención médica de calidad o permitir que otros proveedores de atención médica puedan hacerlo, para obtener el pago por los servicios provistos según lo permita su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para que este consultorio médico funcione de manera adecuada. La ley nos exige mantener la privacidad de información de salud protegida, informar a las personas de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida y a notificar a las personas afectadas por una falencia en la protección de la información de salud protegida. Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, póngase en contacto con nuestro funcionario de privacidad mencionado anteriormente.

A. Cómo este consultorio médico puede utilizar o divulgar su información de salud

El registro médico es propiedad de este consultorio médico pero la información en el registro le pertenece a usted. La ley nos permite utilizar o divulgar su información de salud con los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Utilizamos su información médica para brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas involucradas en brindarle el cuidado que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos o proveedores de atención médica que prestan servicios que nosotros no. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para entregarle un medicamento con receta, o a un laboratorio que realiza una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo o herido, o luego de su fallecimiento.

2. Pago. Utilizamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le proporcionamos a su plan de salud la información necesaria para realizar el pago. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le brindaron.

3. Recordatorios de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle sus citas. Si usted no está en su hogar, podemos dejar esta información en el contestador automático o en un mensaje con la persona que atienda el teléfono].

4. Planilla de registro. Podemos utilizar y divulgar su información médica pidiéndole que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos decir su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

5. Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal o alguna otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, estado general o, a menos que usted no haya indicado lo contrario, en caso de su fallecimiento. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de asistencia-humanitaria para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien involucrado con su cuidado o que ayude a pagarlo. Antes de realizar estas divulgaciones, le daremos la oportunidad para aceptarlas o rechazarlas si usted tiene la capacidad y disponibilidad para hacerlo; aunque podemos divulgar esta información en caso de desastre, incluso si usted se opuso, si creemos que es necesario para responder ante las circunstancias de emergencia. Si no tiene la capacidad o disponibilidad para aceptar o rechazar la divulgación, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor criterio para comunicarse con su familia y otras personas.

6. Venta de información de salud. No venderemos su información de salud sin su previa autorización por escrito. La autorización indicará que recibiremos una compensación por su información médica si nos autoriza a venderla y detendremos toda venta futura de su información cuando usted cancele dicha autorización.

7. Exigido por ley. De acuerdo con la ley, utilizaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos este uso y esta divulgación a los requerimientos correspondientes de la ley. Cuando la ley nos exija informar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder procedimientos legales o administrativos, o responder a las autoridades, cumpliremos también el requerimiento establecido a continuación con respecto a dichas actividades.

8. Salud pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a autoridades de la salud pública con propósitos relacionados a la prevención y el control de enfermedades, heridas o discapacidades; la denuncia del abuso o la negligencia en el cuidado de un niño, adulto mayor o adulto dependiente; la denuncia de casos de violencia doméstica; la denuncia a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la denuncia de exposiciones a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos un supuesto caso de abuso o de violencia doméstica a un adulto mayor o un adulto dependiente, le notificaremos a usted o a su representante personal de manera oportuna, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, consideremos que esta notificación lo pondría en peligro de sufrir un daño severo o requeriría informarle a un representante personal que creamos que es el responsable del abuso o daño.

9. Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones y otros procedimientos según las limitaciones establecidas por la ley federal y de California.

10. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud durante el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que lo autorice expresamente una corte u orden administrativa. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, un pedido de presentación de prueba u otro proceso legal si se hizo todo lo posible por notificarle a usted sobre la solicitud y usted no se opuso, o si sus objeciones se resolvieron en una corte o una orden administrativa.

11. Cumplimiento de la ley. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a un agente de la autoridad con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en cumplimiento con una orden judicial, una citación de un juzgado de acusación y para otros fines para el cumplimiento de la ley.

12. Médicos forenses. Podemos, y a menudo incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a médicos forenses si la información está relacionada con las investigaciones sobre fallecimientos.

13. Donación de órganos o tejido. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, conservación en bancos y trasplante de órganos y tejidos.

14. Seguridad pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, divulgar su información de salud a las personas adecuadas para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de alguna persona en particular o del público en general.

15. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información de salud por razones militares o de seguridad nacional, o a correccionales o a agentes de la autoridad en cuya custodia se encuentre.

16. Indemnización laboral. Podemos divulgar su información de salud en caso de ser necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, mientras su atención se encuentre cubierta por la indemnización laboral, realizaremos informes periódicos a su empleador sobre su estado. La ley también nos exige informar casos de accidentes o enfermedades de trabajo al empleador o a la aseguradora que proporciona indemnización laboral.

17. Cambio de posesión. En el caso de que este consultorio médico se venda o se una con otra organización, su información o registro de salud se convertirá en propiedad del nuevo dueño, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar la transferencia de copias de su información a otro médico o grupos médicos.

18. Notificación de falencia en la protección de la información. En el caso de que haya alguna falencia en la protección de la información de salud protegida, le notificaremos tal como lo exige la ley. Si usted nos ha brindado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar este medio para proporcionarle información con respecto a la falencia. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede realizar la notificación. También podemos notificarle a través de otros medios, según sea adecuado. [Nota: utilice la notificación a través de correo electrónico solo si está seguro de que no contendrá información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y de que no divulgará información inapropiada. Por ejemplo, si su dirección de correo electrónico es "digestivediseasesassociates.com", un correo enviado con esta dirección, en caso de ser interceptado, podría identificar al paciente y su afección].

[Agregue las siguientes tres actividades, o cualquiera de las tres, si la organización participa o tiene la intención de participar en estas].

19. Notas de psicoterapia. Nosotros no utilizaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin su previa autorización por escrito excepto para lo siguiente: (1) su tratamiento, (2) la capacitación de nuestro personal, nuestros estudiantes y otros practicantes, (3) nuestra defensa en caso de que nos demande o presente algún otro procedimiento legal, (4) si la ley nos exige divulgar información a usted o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) o por alguna otra razón, (5) en respuesta a actividades de supervisión de la salud que involucran a su psicoterapeuta, (6) para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, o (7) al médico forense cuando usted fallezca. Cuando usted cancele la autorización, dejaremos de utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia.

20. Investigación. Podemos divulgar su información de salud a investigadores que lleven a cabo una investigación para la cual no es necesaria su autorización por escrito según la aprobación de un Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad, en cumplimiento con la ley vigente.

21. Recaudación de fondos. Podemos utilizar o divulgar su información demográfica, las fechas en las que fue atendido, la especialidad, el médico que lo atendió, la información que se obtuvo y el estado del seguro de salud a fines de ponernos en contacto con usted en relación con nuestras actividades de recaudación de fondos. Si no desea recibir esta documentación, comuníquese con el funcionario de privacidad que se indica en la parte superior de este Aviso de prácticas de privacidad y dejaremos de enviarle comunicaciones de recaudación de fondos. De la misma manera, debería notificar al funcionario de privacidad si decide que desea recibir nuevamente estas solicitudes de donaciones.

B. Cuándo este consultorio médico no puede utilizar o divulgar su información de salud

A excepción de lo descrito en este Aviso de prácticas de privacidad, y en cumplimiento de nuestras obligaciones legales, este consultorio médico no utilizará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted sí autoriza a este consultorio médico a utilizar o divulgar información para otros fines, puede cancelar la autorización por escrito en cualquier momento.

PLACE LABEL HERE

HISTORIA DE SALUD
NOMBRE _____ **FECHA** _____

HISTORIA MEDICA: (Tiene usted o ha tenido algun problema con lo siguiente)
SI NO

- Asma _____
- Diabetes (Insulina ó medicina oral) _____ # de años
- Lastimaduras de Cabeza ó espalda _____
- Enfermedad de Corazón _____
- Alta Presión _____ # de años
- Enfermedad del Tiroides _____
- Anemia ó problemas sanguíneos _____
- Enfermedad de Arteria Caróida _____
- Psiquiátrico _____

SI NO

- HIV/AIDS _____
- Migraña _____
- Embolio Cerebral _____
- Enfermedad de Rinoñes _____
- Reumo-artritis _____
- Fiebre presente _____
- Subido ó bajado de peso recientemente _____
- Algun otro problema(s) de salud _____

Por favor anota todo Medicamento que esta tomando
 (Incluyendo medicamentos no recatadas, homaopaticos y herbales)

Si toma muchos medicamentos distintos, haga una lista escrito en maquina

Favor de notar toda comida y/o medicamentos de que esta usted alergico(a)

 Tiene usted alergia ó es sensitivo a huelle (latex)
 Si No

FUMAR ESTADO (No se aplica a niños menores de 13) - Por favor, indique la respuesta adecuada que se aplica a usted.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actual cada dia fumador | <input type="checkbox"/> Nunca fumador | <input type="checkbox"/> No se sabe si ha fumador alguna vez |
| <input type="checkbox"/> Fumador actual mismo dia | <input type="checkbox"/> Ex fumaedor | <input type="checkbox"/> Deseo no contestar |
| <input type="checkbox"/> Smoker, desconocen su estado actual | | |

Historia Quirúrgico (Favor de incluir Fecha y Tipo de Cirugía)

Tipo de Cirugía: _____

Tipo de Cirugía: _____

Tipo de Cirugía: _____

SU HISTORIA OCULAR - (Usted ha sido diagnosticado con algunas de los siguientes enfermedades oculares?)

SI NO

- Ojo Apática _____
- Cataractas _____
- Enfermedad del Cornea _____
- Ojos Cruzados _____
- Glaucoma _____
- Lastimadura del Ojo _____
- Iritis _____
- Enfermedad de la Retina _____
- Otro disorden del Ojo: _____

HISTORIA SOCIAL

Raza _____

Estado Civil _____

Nivel de Educación _____

Ocupación _____

Anota sus pasatiempo: _____

SI NO
 Usted vive solo(a)?

 Usted maneja?

 Usted toma bebidas alcohólicas?

 Usted fuma?

HISTORIA FAMILIAR (Alguno de sus familiares cercanas (de sangre) ha sufrido lo siguiente?

SI NO
 Enfermedad del Cornea _____

 Diabetes _____

 Glaucoma _____

 Corazón _____

 Desprendimiento de Retina _____

 Retinitis Pigmentosa _____

 Embolio Cerebral _____

 Otro desorden del Ojo: _____

 Otros problemas en general de salud:

Firma de Médico _____



En un esfuerzo por cumplir con las iniciativas exigidas por el gobierno federal, debemos obtener información específica de usted. Sus respuestas a la siguiente información están protegidas por HIPAA. Esta información solo será ingresada como parte de su registro médico.

ePrescribing

El software **ePrescribing** envía recetas a través de internet a su farmacia de una manera segura y protegida que protege la privacidad de su información personal. El software ePrescribing también le permite a su médico ver información importante, como interacciones de medicamentos y su historial de recetas. Hay muchos beneficios para usted cuando su médico ePrepresenta tales errores médicos reducidos, menos posibilidad de reacciones adversas a los medicamentos y menos viajes para dejar una receta en la farmacia. Además, el médico puede determinar si el medicamento está en el formulario, lo que ayuda a reducir el costo para el paciente.

Consentimiento del paciente: acepto que el Dr. Luke S. Bianco, MD pueda solicitar y usar mi historial de medicamentos recetados de otra persona healthcare providers or third party pharmacy benefit payers for treatment purposes.

Firma del paciente o padre / tutor de menor

Fecha

Farmacia

Declino y no dejo que mi médico escriba ePrescribe

Dirección

Indique la selección adecuada según corresponda:

Idioma preferido

- Declined Language
- English
- Spanish
- Portuguese
- Romanian
- Other _____

Opciones de Raza

- Declined race
- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Hispanic
- Native Hawaiian or other Pacific Island
- White

Opciones de etnicidad

- Declined Ethnicity
- Non-Hispanic or Latino
- Hispanic or Latino

Estado de fumar

Por favor, indique la respuesta adecuada según corresponda. (No se aplica a niños menores de 13 años)

- | | | | |
|---|--|-----------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca fumo | | | |
| <input type="checkbox"/> Fumador actual todos los días | La fecha que se convirtió en fumador _____ | Fecha de salida _____ | Paquetes por día _____ |
| <input type="checkbox"/> Un día fumador | La fecha que se convirtió en fumador _____ | Fecha de salida _____ | Paquetes por día _____ |
| <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco pesado | La fecha que se convirtió en fumador _____ | Fecha de salida _____ | Paquetes por día _____ |
| <input type="checkbox"/> Fumador, estado actual desconocido | | | |
| <input type="checkbox"/> Desconocido si alguna vez fumó | | | |
| <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco ligero | La fecha que se convirtió en fumador _____ | Fecha de salida _____ | Paquetes por día _____ |
| <input type="checkbox"/> Ex fumador | La fecha que se convirtió en fumador _____ | Fecha de salida _____ | |

Firma del paciente

Fecha



Luke S. Bianco, MD
Vitreoretinal Disease and Surgery
 4004 S. Demaree Street, Suite A,
 Visalia, CA 93277
 559.429.4378 • Fax 559.623.9630

INFORMACION de PACIENTE

Escriba en molde claro

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____

NUMERO DE TELEFONO DE CASA: _____ DE NEGOCIO: _____ ESTADO MARITAL: _____

DIRECCION DE CASA: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

PATRON: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION DE PATRON: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

NOMRE DE ESPOSO/ESPOSA _____ PATRON DE ESPOSO/ESPOSA _____

DIRECCION DE PATRON DE ESPOSO/ESPOSA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

NUMERO SOCIAL DE PACIENTE: _____ NUMERO SOCIAL DE ESPOSO/ESPOSA: _____

NOMBRE DE DOCTOR DE LA FAMILIA: _____

NOMBRE DE DOCTOR QUE LO REFERIO: _____

NOMBRE DE PARIENTE MAS CERCANO (APARTE DE ESPOSO/ESPOSA) _____ TELE # () _____

USA LENTES AHORA: NO _____ SI _____ CUANTO TIEMPO _____

Paciente firma: _____

ACUERDO

TRATAMIENTO MEDICO

Yo doy mi consentimiento y autorizo todo tratamientos, sea serugia o servicios medicales por el doctor que el piense mejor y yo estoy de acuerdo de pagar todos los cargos. Yo autorizo el uso de photos presentados profesionalmente a mi seguro, otros pacientes, y a semanarios o lecturas. Yo tambien autorizo que le den informacion que pida mi seguro. Yo comprendo que esta autorizacion continuara ahasta que yo la cancele por escrito. Yo autorizo a mi seguro que le pague a mi doctor directamente por beneficios medical o de serugia debidos a mi que yo no he pagado. Una copia photostatica es validado como la original.

ACUERDO FINANCIERO

"Yo comprendo que es el costumbre de esta oficina que se le pagara por los servicios al tiempo de visita, y no se dilatarar o detenera causa de cubierto de seguro o espera de reclamo por su seguro, solo que tenga un areglio por adelantado por escrito."

La informacion adjunto es para el proposito de obtener credito en esta oficina, y es garantizado ser verdad. Yo autorizo a un representante hacer una investigacion de empleo, en caso de empago de cuentas.

FECHA: _____ FIRMA: _____

UPDATED: _____ UPDATED: _____ UPDATED: _____ UPDATED: _____
 UPDATED: _____ UPDATED: _____ UPDATED: _____ UPDATED: _____
 UPDATED: _____ UPDATED: _____ UPDATED: _____ UPDATED: _____



Luke S. Bianco, MD

Vitreoretinal Disease and Surgery

4004 S. Demaree Street, Suite A

Visalia, CA 93277

559.429.4378 • Fax 559.623.9630

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE / MEDI-CAL

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ NÚMERO HIC: _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de MEDICARE / MEDI-CAL se realice a mí o en mi nombre a Luke S. Bianco, MD, por cualquier servicio que me brinden sus médicos. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y a sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica otro seguro de salud en el Artículo 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados o reclamos presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia que se muestra.

En los casos asignados de MEDICARE, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación de cargo de la compañía de seguros de Medicare como el cargo total, y el paciente es responsable únicamente del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación del cargo del transportista de Medicare.

FIRMA: _____ FECHA: _____

AUTORIZACIÓN DE SEGURO PRIVADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ SEGURO SOCIAL #: _____

Solicito que el pago de los beneficios del SEGURO autorizado se haga a mí o en mi nombre a Luke S. Bianco, MD, por cualquier servicio que me brinden sus médicos. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta autorización. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a mi compañía de seguros y a sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y se autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo.

FIRMA _____ FECHA: _____

COMPROBANTE DE COBERTURA DE SEGURO

Luke S. Bianco, MD requiere que todos los pacientes con cobertura de seguro proporcionen prueba de esa cobertura. Si no puede proporcionar los documentos necesarios (es decir, la tarjeta del seguro), se le pedirá que pague los servicios de ese día o re programe su cita. Nuestra oficina estará encantada de facturar a su compañía de seguros en su nombre una vez que se haya recibido la documentación apropiada; o, podemos proporcionar una copia del "superbill" para que pueda facturar a su compañía de seguros directamente para el reembolso. En caso de que su cobertura de seguro cambie, es su responsabilidad notificar a nuestra oficina y proporcionar una nueva prueba de cobertura.

COPAGOS DEL PACIENTE

Se espera que los pacientes con cobertura de seguro que tienen un copago paguen su copago el día del servicio.

HMO PACIENTES

Luke S. Bianco, MD requiere de todos los pacientes con beneficios de salud HMO una autorización para su primera visita. En caso de que el paciente llegue sin haber obtenido la autorización, será necesario reprogramar su cita. Esto también se aplicaría a pacientes establecidos que no han sido vistos en nuestra oficina por un (1) año o más. Los pacientes serán informados de nuestra política al hacer la cita.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Los pacientes de Luke S. Bianco, MD son personalmente responsables del pago de las facturas. Como cortesía, la oficina presentará facturas a sus aseguradoras y / o Medicare. Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y es su responsabilidad perseguir el pago lento o el impago de un reclamo contactando a la compañía directamente. Estaremos encantados de ayudarle con cualquier problema de colección. Sin embargo, tenga en cuenta que la factura sigue siendo responsabilidad total del paciente.

PACIENTES SIN BENEFICIOS DE SEGURO

Se espera que los pacientes que no tienen seguro paguen en el momento del servicio a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. Debemos insistir en pagos mensuales en todas las cuentas con saldos. Una factura se vuelve morosa después de 60 días sin actividad. Se puede agregar un cargo de facturación por cada estado de cuenta que se le envíe. Para evitar el cargo, pague por completo dentro de los 30 días.

Habrá un cargo por servicio de \$ 25.00 en todos los cheques devueltos.

ACUERDO DE CRÉDITO

La información anterior tiene el propósito de obtener crédito en esta oficina y se garantiza que es verdadera. Autorizo a un representante a realizar una investigación de crédito, incluida la verificación de empleo, en caso de que no se paguen las facturas.

TARIFA DE CANCELACIÓN

Se cobrará una tarifa de cancelación de \$ 25.00 si la cita no se cancela dentro de las 24 horas anteriores a la cita programada o si se cancela dos veces consecutivas.

NO MUESTRA LA CUOTA

Se cobrará una tarifa de "no show" \$ 25 si el paciente no se presenta a la cita programada.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS POLÍTICAS ANTERIORES.

Firma del paciente

Nombre impreso del paciente

Representante de la oficina como testigo

Fecha