

Nombre del paciente

LastFirstMiddle

Dirección

Street & Apt #CityStateZip

Teléfono de casaTeléfono móvilOtro teléfono

Acepta recibir SMS (mensajes de texto)*
*Al marcar esta casilla, acepto recibir mensajes SMS de California Oculoplastics and Retina para recordatorios de citas.
<https://cafacialplastics.com/sms-terms-and-conditions/>☐ SiE-mailDrivers License # (include State)

AñosFecha de nacimiento / / SS# - - Sexo ☐ Mujeres☐ HomresEstado civil ☐ solo☐ casado con: ☐ Otro:

Empleador del paciente

Ocupación

Teléfono del trabajoExt: ¿Está bien llamarte al trabajo? ☐ sí ☐ No

DirecciónStreet & Suite #CityStateZip

Contacto de emergencia

Relación con el paciente

Teléfono de casaTeléfono móvilTeléfono del trabajo

DirecciónStreet & Apt #CityStateZip

Médico de referencia

Teléfono

Médico de atención primaria

Teléfono

Seguro de salud primario

Política #Grupo #Ins. teléfono

Nombre del aseguradoDOBEmpleador

Seguro de salud secundario

Política #Grupo #Ins. teléfono

Nombre del aseguradoDOBEmpleador

Entiendo que los cargos por visitas al consultorio se pagan el día en que se presta el servicio. Autorizo al Dr. Lin a facturar a mi compañía de seguros. Independientemente de la cobertura del seguro, soy responsable de que todas las facturas se paguen de manera oportuna. Entiendo que mi contrato es entre el Dr. Joseph Lin y yo.

FirmaFecha

Autorización para Recibir/Divulgar Información de Salud

Debido a las leyes de Privacidad de Cumplimiento Hipaa del Gobierno Federal, es obligatorio que le pidamos que revise y responda la siguiente lista de preguntas.

Nombre del Paciente _____

Last

First

Middle

Podemos dejar mensajes o información médica detallada en el correo de voz en cualquiera de estos números de teléfono:

☐ Si ☐ No Número de Teléfono: _____ ☐ Si ☐ No Número Teléfono Móvil: _____

Podemos contactarlo en su lugar de trabajo? ☐ Si ☐ No

Si es así, ¿podemos dejar un mensaje? ☐ Si ☐ No

Si es Así: Número de Trabajo: _____ Extensión: _____

¿Tiene alguna persona o familiar en particular que autorice a recibir y discutir información sobre su información personal de salud (información general, quirúrgica y de facturación)?

☐ Si ☐ No Si es así, por favor proveedor:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Teléfono _____ Número Alternativo _____

¿Esta persona es su poder legal para fines médicos? ☐ Si ☐ No

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Teléfono _____ Número Alternativo _____

Por la presente autorizo a **California Oculoplastics and Retina** a obtener o divulgar toda la información pertinente sobre mi atención médica, según sea necesario, para ayudar en mi tratamiento continuo a otros proveedores de atención médica, laboratorios, instalaciones de radiología o otras instituciones. Esta autorización permanece vigente hasta que se revoque

He revisado la información mencionada anteriormente y doy mi consentimiento con respecto a cualquiera de los problemas mencionados anteriormente.

He revisado el Aviso de **California Oculoplastics and Retina** sobre la Política de Privacidad HIPAA. Una copia de esta política se me proporcionará a pedido

Firma _____ **Date** _____

Witnessed By: _____

For Office Use Only:
Please initial this page _____ Date: _____

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Su Responsabilidad Financiera

Nuestros servicios médicos se le proporcionan con el entendimiento de que usted es responsable de cualquier costo, independientemente de su cobertura de seguro. Para pacientes sin seguro (autopago) o que utilizan seguro médico, el pago se debe realizar el mismo día en que se prestan los servicios. Para su conveniencia, aceptamos varios métodos de pago, incluyendo efectivo, cheques, tarjetas de crédito/débito y Promptly. Si desea discutir opciones de pago, comuníquese con nuestro departamento de facturación antes de su cita.

Seguro Médico

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nuestra práctica no es parte de ese contrato. Presentaremos reclamos a su aseguradora cuando se nos proporcione información precisa y actualizada, pero esto no modifica su responsabilidad financiera por los montos no cubiertos por su plan. Es su responsabilidad entender su cobertura, incluyendo copagos, coaseguros y deducibles. El pago de estos cargos se espera al momento de su visita o cuando se le facture. Cualquier cargo por servicios no cubiertos, deducibles no alcanzados o reclamos denegados seguirá siendo su responsabilidad.

Usted es responsable de traer su tarjeta de seguro a cada visita y de informar todas las coberturas primarias, secundarias o actualizadas. Notifíquenos de inmediato cualquier cambio en su dirección, nombre o cobertura de seguro para garantizar una facturación precisa. Si no informa un cambio en su seguro y no podemos obtener el pago, usted acepta ser financieramente responsable por todos los cargos de los servicios prestados.

Servicios No Cubiertos y Denegaciones

Los planes de seguro varían en lo que consideran médicamente necesario. Si su seguro no cubre ciertos servicios, o si su cobertura ha cambiado, caducado o vencido, usted será responsable del costo total. Si decide no usar sus beneficios de seguro o si su aseguradora niega la cobertura, usted será responsable de todos los cargos.

Estado de Red: Dentro o Fuera de la Red

Nuestra práctica participa con muchos planes de seguro, pero es responsabilidad del paciente confirmar si estamos dentro o fuera de la red de su plan. La cobertura dentro de la red generalmente resulta en costos personales más bajos, mientras que la atención fuera de la red puede generar deducibles o coaseguros más altos. Recomendamos contactar a su aseguradora para verificar nuestro estado dentro o fuera de la red antes de recibir atención.

Autorización Previa

Algunos planes de seguro, especialmente los HMO y PPO, pueden requerir autorización previa o una referencia de su médico de atención primaria (PCP) para recibir servicios. Por

favor traiga esta autorización o referencia a su cita. Si no se obtiene la autorización, o si los servicios exceden el alcance autorizado, usted podría ser responsable de los costos.

Estimado de Costos para el Paciente

Nuestra práctica puede proporcionarle una estimación aproximada de su responsabilidad financiera basada en sus beneficios de seguro. Tenga en cuenta que esto es solo una estimación, ya que no sabremos el monto exacto hasta recibir la Explicación de Beneficios (EOB) de su aseguradora. El monto final puede variar según cómo su seguro procese el reclamo.

Política de Citas Perdidas (No Show)

Las citas perdidas limitan el acceso a otros pacientes y afectan nuestro horario, lo que resulta injusto para quienes necesitan esos espacios. Una cita perdida se define como cualquier cita que no se cancele o re programe con al menos 24 horas de anticipación. Se cobrará una tarifa de \$45 por cita perdida, la cual es responsabilidad del paciente. Después de tres citas perdidas, usted podría ser dado de baja de la práctica y se le pedirá que busque atención con otro proveedor.

Tarifa por Pago Tardío y Cobros

Si un saldo permanece sin pagar y no se han establecido arreglos de pago, la cuenta puede clasificarse como morosa. Todos los saldos pendientes estarán sujetos a una tarifa por pago tardío del 2%, calculada sobre el saldo adeudado, hasta que la cuenta se ponga al corriente o se establezca un acuerdo de pago.

Las cuentas morosas pueden ser enviadas a una agencia externa de cobros una vez que el saldo tenga más de 90 días y se hayan realizado múltiples intentos de cobro. Las cuentas enviadas a una agencia de cobros pueden generar cargos adicionales de cobro, honorarios de abogado o costos judiciales, que serán responsabilidad del paciente. Además, las cuentas impagas pueden afectar su historial crediticio.

Reconocimiento

He leído y entiendo las políticas financieras descritas anteriormente, incluyendo mi responsabilidad de verificar la cobertura de mi seguro, obtener autorizaciones previas si son requeridas, y pagar por servicios no cubiertos, copagos, coaseguros y deducibles. Reconozco que cualquier servicio considerado no médicamente necesario, prestado fuera de la red o no cubierto por mi plan de seguro será mi responsabilidad financiera. Si mi aseguradora niega la cobertura o el pago por cualquier motivo, acepto pagar todos los cargos asociados en su totalidad.

Firma

Fecha

Declaración de Renuncia de Seguro Medico

Nombre del Paciente

Last

First

Middle

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:

Por favor de leer este formulario de renuncia. Encuentre la sección que se aplica a usted y, si corresponde, firme y escriba la fecha.

Paciente sin Seguro de Salud

- Si no tiene seguro médico, se considera como paciente de pago personal (pago por su propia cuenta). Por favor firme la declaración de renuncia.

Reconozco que NO TENGO seguro médico y he elegido ser atendido como paciente de pago propio. Estoy de acuerdo en asumir TODA la responsabilidad financiera. Este acuerdo pertenece a la visita actual y futuras..

Firma

Date

Cuidado Administrado o plan de HMO que Requiere una Referencia

- Si su compañía de seguro médico requiere que obtenga una referencia para ver a un especialista, su médico de personal o familiar debe autorizar su visita al especialista ANTES de que se realice la visita. Si no puede obtener una referencia, firme la declaración de renuncia a continuación.

Reconozco que no he obtenido una referencia de autorización de mi médico personal o familiar. Estoy de acuerdo en asumir TODA la responsabilidad financiera. Este acuerdo pertenece a la visita actual y futuras.

Firma

Date

Plan de Seguro Fuera de la Red

Reconozco, que se me ha informado, que mi seguro médico está FUERA DE LA RED, por lo tanto, no es aceptado. Estoy de acuerdo en asumir TODA la responsabilidad financiera. Este acuerdo pertenece a la visita actual y futuras con esta compañía de seguros.

Firma

Date

Consentimiento del Paciente Para

For Office Use Only:

Please initial this page _____ Date: _____

Fotografía / Grabación de video / Grabación de audio / Entrevista para fines educativos, de mercadotecnia, de medios de comunicación, para mejorar el rendimiento o para hacer cumplir la ley

Nombre del Paciente

Last

First

Middle

Doy mi consentimiento a **California Oculoplastics and Retina** o sus afiliados para:

(por favor, coloque las iniciales en la línea correcta)

_____ Tomar fotografías, imágenes de cintas de video o otras imágenes mías.

_____ Tomar fotografías, imágenes de cintas de video o otras imágenes de mi hijo.

_____ Entrevístame y toma notas escritas.

_____ Hacer grabaciones de audio de mi entrevista.

Por la siguiente razón:

- ☐ Orientación de Marketing o de Propósito Publicitario
- ☐ Entrevistas con los Medios de Comunicación
- ☐ Propósitos Educativos
- ☐ Mejorar el Rendimiento
- ☐ Cumplimiento de la Ley
- ☒ Otro: **Propósito del Seguro.**

Propósito: Entiendo que las fotografías, videos, videos o entrevistas tomadas con fines de mercadeo o publicidad pueden usarse para publicaciones y / o emisiones de los medios de comunicación, para asuntos públicos, incluyendo publicaciones, anuncios, presentaciones y / o ubicaciones en el **California Oculoplastics and Retina** sitio web Por la presente, renuncio a todos los derechos que puedan tener con respecto a cualquier reclamo de pago o regalías en relación con el uso de estas fotografías, cintas de audio, cintas de video y entrevistas, y estoy de acuerdo en que estos serán en todo momento propiedad de la **California Oculoplastics and Retina** o del representante de los medios de comunicación. presente.

Además, entiendo que todas las fotografías, cintas de audio, cintas de video de entrevistas tomadas o entrevistas tomadas con el propósito de educar y / o llevar a cabo la intervención serán información de salud protegida y se mantendrán de manera protegida y exitosa, con acceso restringido al mínimo necesario para llevar a cabo las funciones mencionadas.

Entiendo que las fotografías, las cintas de audio, las cintas de video de las entrevistas tomadas con el propósito de hacer cumplir la ley se convierten en propiedad o en la entidad legal que realiza las grabaciones y podrían utilizarse en los tribunales.

Además, entiendo que este consentimiento está sujeto a mi revocación / retiro en cualquier momento por escrito a la persona apropiada, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción para divulgar esta información. La **California Oculoplastics and Retina** no se negará a tratarme en función de si estoy de acuerdo en permitir que se divulgue o divulgue mi información de salud

Firma

Date

Witnessed By: _____

For Office Use Only:

Please initial this page _____ Date: _____

Page 5 | 6

Acuerdo de Arbitraje Médico

Artículo 1: Acuerdo para Arbitrar: Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si algún servicio médico prestado en virtud de este contrato fue innecesario o no fue autorizado o se prestó de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará mediante la sumisión según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurso al proceso judicial, excepto cuando la ley de California estipula la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al firmarlo, están renunciando a su derecho constitutivo a que cualquier disputa de este tipo se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser Arbitradas: es la intención de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias, ya sea por agravio, contrato o de otra manera, y vinculará a todas las partes cuyas reclamaciones pueden surgir o estar relacionadas de alguna manera con el tratamiento o los servicios proporcionados por el médico no identificado a continuación. Grupo o asociación médica, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, sociedad, empleados, agentes, clínicas y / o proveedores (en lo sucesivo, "médico") a un paciente, incluido cualquier cónyuge o herederos del paciente y sus hijos. , ya sea nacido o no nacido, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de que la madre esté embarazada, el término "paciente" en este documento significará tanto la madre como el hijo o hijos que se espera de la madre.

La presentación por parte del médico de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para cobrarle una tarifa al paciente no debe renunciar al derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamación por negligencia profesional. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamación contra un médico, cualquier disputa por honorarios, sea o no el sujeto de cualquier acción judicial existente, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y Ley Aplicables: La demanda de arbitraje se debe comunicar por escrito por correo postal de los EE. UU., Con franqueo pagado, a todas las partes, describiendo la reclamación contra el médico, la cantidad de daños solicitados y los nombres, direcciones y números de teléfono del paciente, y (si corresponde) su / su abogado. Las partes luego seleccionarán un árbitro neutral que anteriormente fue un juez de la corte superior de California para presidir el asunto. Ambas partes tendrán el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro. El paciente deberá presentar sus reclamos con diligencia razonable y el arbitraje se registrará de conformidad con el Código de Procedimiento Civil SS 1280-1295 y la Ley de Arbitraje Federal (9 U.S.C SS 1-4). Las partes asumirán sus propios costos, honorarios y gastos, junto con una parte proporcional de los honorarios y gastos del árbitro neutral.

Artículo 4: Efecto Retroactivo: El paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra todos los servicios prestados por el médico no solo después de la fecha en que se firmó (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de que se firmara.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado por un aviso escrito entregado al médico dentro de los 30 días de la firma y, si no se revoca, registrará todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

Artículo 6: Provisión de Divisibilidad: En el caso de que alguna de las disposiciones de este acuerdo se declare nula e inaplicable, dichas disposiciones se considerarán eliminadas y el resto del acuerdo se ejecutará de conformidad con la Ley de California.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo. Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia

Al firmar este contrato, usted acepta que se resuelva el problema de la negligencia médica mediante un arbitraje neutral y está renunciando a su derecho a un juicio por jurado o judicial.

Ver artículo 1 de este contrato.

By: _____
Physician's or Duty (Date)
Authorized Representative Signature

Por: _____
Firma del Paciente (fecha)

Por: _____
Imprimir el Nombre del Paciente

By: _____
Signature or Translator (if applicable) (Date)

Imprimir Nombre o Relación con el Paciente

Print Name of Translator

Patient Name

Last

First

Middle

Historia social		Hábitos personales	
Estado civil:	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Socio doméstico	Tobaco usado:	☐ Fumador actual todos los días ☐ Un día fumador ☐ Ex fumador ☐ Nunca fumador ☐ Fumador, estado actual desconocido ☐ Desconocido si alguna vez fumó ☐ Fumador de tabaco pesado ☐ Fumador de tabaco ligero Fecha Terminado : _____
Ocupación:			
Qué categoría describe mejor a tu etnicidad?	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico ☐ Caucásico ☐ Negarse		
Te consideras hispano / latino?	☐ Si ☐ No ☐ Negarse		
Idioma preferido		Alcohol:	☐ no consumo alcohol ☐ uso de alcohol socialmente ☐ uso de alcohol a diario ☐ historia personal de alcoholismo

Historia Médica Pasada (POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE APLIQU)			
☐	- Sin antecedentes médicos pasados	☐	Hepatitis B ☐ Hepatitis C
☐	Válvula Cardíaca Artificial	☐	Historial de infección por estafilococo
☐	Asma ☐ enfisema	☐	VIH ☐ SIDA ☐ Sífilis
☐	Sangrar tendencia	☐	Problemas articulares ☐ articulaciones artificiales
☐	Coágulo de sangre	☐	Queloides ☐ curación anormal
☐	Cáncer (que no sea la piel)	☐	Kidney disease ☐ Enfermedad del riñon
☐	Cold sores ☐ Virus Herpes	☐	Enfermedad hepática
☐	Depresión o ansiedad	☐	Desorden neurológico
☐	Diabetes I ☐ Diabetes II	☐	Trasplante de organo
☐	Problemas de visión o ojo	☐	Marcapasos / Desfibrilador
☐	Fiebre del heno (alergias estacionales)	☐	Terapia de radiación
☐	Enfermedad del corazón	☐	Ataque al corazón
☐	Alta presion sanguinea	☐	Trastorno tiroideo
☐	Colesterol alto	☐	Otra historia

Historia Ocular		
1	Glaucoma	☐ Sí ☐ No
2	Desprendimiento de retina	☐ Sí ☐ No
3	Estrabismo	☐ Sí ☐ No
4	Ceguera	☐ Sí ☐ No
5	Degeneración macular	☐ Sí ☐ No
6	Ambliopía	☐ Sí ☐ No
7	Doble visión	☐ Sí ☐ No
8	Parpadea y flotadores	☐ Sí ☐ No
9	Episodios de visión perdida	☐ Sí ☐ No
10	Halos	☐ Sí ☐ No
11	Dolor de ojo	☐ Sí ☐ No
12	Ardor / Sequedad / Comezón / Sensación arenoso	☐ Sí ☐ No
13	Desgarro	☐ Sí ☐ No
14	Problemas para leer	☐ Sí ☐ No
15	Visión borrosa	☐ Sí ☐ No

Capacidad de sanar		
1	Su piel parece frágil, se quema fácilmente?	☐ Sí ☐ No
2	Forma cicatrices gruesas o elevadas de un corte o quema?	☐ Sí ☐ No
3	Utilizas cera o usa depilatorios en su cara?	☐ Sí ☐ No
4	Alguna vez has tenido herpes labial?	☐ Sí ☐ No

Cirugías / hospitalizaciones pasadas			
	Cirugía	Fecha	Notas
1			
2			
3			
4			

Medicamentos actuales (si no tiene ninguno, por favor no escriba ninguno)				
	Nombre de medicamento	Dosificación	# de veces a diario	Notas
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Farmacia de preferencia

Teléfono

Dirección

Street & Suite #

City

State

Zip

Alergias (si no hay ninguna, por favor no escriba ninguna)		
	Reacción	Notas
1		
2		
3		

	Historia familiar	Miembro de la familia afectado	Notas
☐	- Sin antecedentes familiares contribuyentes		
☐	Desorden sangrante		
☐	Enfermedad del corazón		
☐	Cáncer		
☐	Diabetes		
☐	Trastornos mentales / emocionales		
☐	Cualquier enfermedad genética		

Preguntas Femeninas

1	Cuándo fue tu último período menstrual?	Fecha: _____
2	Estás actualmente embarazada o amamantamiento	☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Firma del paciente o tutor legal

Fecha