Seguro de Visión (si es aplicable)

Seguro de la visión e información del Suscriptor

Compañía de Seguros de la Vista		Fecha Efectiva
Dirección de Reclamos (Calle o Casilla de Correo)		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Políza	Numero de Grupo	
Nombre del Subscritor de la Póliza	Fecha de Nacimiento	
Número de Seguro Social del Suscriptor	Relación con el Paciente	
Empleador del Suscriptor	Teléfono (Trabajo)	
Dirección del Empleador Suscriptor (Calle o Casilla de Correo)		
Ciudad	Estado	Código Postal

_____ _____

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal **Fecha**

Consentimiento para Tratar y Responsabilidad Financiera

Consentimiento para Tratar *ARC_NP_F101*

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Coastal Jersey Eye Center, un afiliado de PRISM Vision Group, incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, y otros empleados y miembros del personal a hacer evaluaciones médicas y cuidar al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Yo entiendo que, al no firmar este consentimiento, el/la paciente no recibirá atención médica, excepto en el caso de una emergencia.

_____

Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)

_____ _____

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal **Fecha**

Complete esta sección SÓLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal

Doy mi consentimiento a _____ para autorizar la evaluación y tratamiento para el/la paciente identificado(a) anteriormente en caso de yo no estar disponible. Entiendo que esto autoriza a la persona anteriormente mencionada a conceder los procedimientos médicos y quirúrgicos e inmunizaciones para el/la paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito.

_____ _____

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal **Fecha**

Responsabilidad Financiera *ARC_NP_F102*

Por la presente autorizo a Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Coastal Jersey Eye Center, un afiliado de PRISM Vision Group, a solicitar beneficios en mi nombre y para el pago de los beneficios médicos directamente a ARC por los servicios prestados. Yo solicito que los pagos de Medicare, Medigap y/o alguna otra aseguradora se realicen directamente a ARC. Autorizo para que la información contenida en el registro médico del paciente o de la aseguradora del paciente (o sus empleados o agentes) sea proporcionada según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos por las aseguradoras del paciente. Estoy de acuerdo que todos los montos se deben pagar cuando sean solicitados y sean pagados a ARC. Además, entiendo que, si el saldo de mi cuenta se vuelve moroso y es enviado a un cobrador, acepto pagar 30% más del saldo o $50 USD, lo que sea mayor. También entiendo que se aplicará un cobro de $35 si mi banco devuelve el cheque.

La duración de esta autorización es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Entiendo que, al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios, antes de que sean prestados.

_____

Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)

_____ _____

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal **Fecha**

Preferencias del Paciente Con Respecto a la Comunicación de PHI (Información de Salud Protegida)

Método Preferido de Comunicación *ARC_NP_F104*

☐ **Si**, yo quiero que Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Coastal Jersey Eye Center, un afiliado de PRISM Vision Group, comunique mi información conmigo a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información segura.

Mi método preferido de comunicación con respecto a mis **condiciones médicas y/o información de citas** se indica a continuación:

☐ Teléfono (Casa)	☐ Teléfono Celular	☐ Teléfono (Trabajo)
☐ Carta enviada por correo	☐ Tutor	☐ Correo Electrónico

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, haga una de las siguientes cosas (**por favor escoja UNA**):

☐ Dejar un mensaje con información detallada.
☐ Dejar un mensaje solamente con un número de teléfono para llamar.

Si el método de comunicación anterior es por **correo electrónico**, por favor considere las implicaciones de privacidad; como, por ejemplo, alguna otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico, tal como su empleador, que puede tener el derecho y/o la habilidad para revisar todo el correo recibido en su correo electrónico del trabajo.

Por favor déjenos saber si usted tiene instrucciones especiales o solicitudes con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, déjenos saber si le gustaría que lo/la llamáramos a un número de teléfono diferente para un resultado de examen especifico o si no desea que lo/la contactemos en absoluto.

Contactos Aprobados para HIPAA *ARC_NP_F105*

Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes es importante para nosotros, y por defecto solamente revelaremos la información relacionada con la cuenta de facturación y las condiciones médicas del paciente al paciente o tutor legal.

Si le gustaría agregar contactos adicionales, fuera del paciente o tutor legal, al que ARC pueda revelar este tipo de información, por favor complete las casillas a continuación, y seleccione las casillas apropiadas según su aprobación para cada persona que haya incluido. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que sea revocada por escrito.

_____	_____	_____	_____
Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	Teléfono del Contacto	Fecha de Finalización

☐ **Información de la cuenta de facturación** ☐ **Información de la condición médica** ☐ **Contacto de Emergencia**

Notas Adicionales: _____

_____	_____	_____	_____
Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	Teléfono del Contacto	Fecha de Finalización

☐ **Información de la cuenta de facturación** ☐ **Información de la condición médica** ☐ **Contacto de Emergencia**

Notas Adicionales: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** ____/____/____

El Aviso de Prácticas de Privacidad describe como la información de salud protegida (PHI) sobre usted puede ser utilizada y revelada, y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revisar cuidadosamente.

Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Coastal Jersey Eye Center, un afiliado de PRISM Vision Group, está obligado por ley a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso, que describe las practicas de privacidad de información de salud de nuestra Práctica, su personal médico y proveedores de atención medica afiliados que conjuntamente realizan actividades y operaciones comerciales con nuestra Practica. "Información de Salud Protegida" (PHI), es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo a usted, así como información genética, e información que se relacione con su salud física o mental del pasado, presente o futuro y servicios relaciones a la salud.

En ___/___/___ Yo, _____, recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta Oficina.
(Fecha de Hoy) (Nombre del Paciente)

_____
Letra de IMPRENTA por favor

_____
Firma

_____
Fecha

Solo para Uso de la Oficina

Intentamos obtener un reconocimiento de recibo por escrito de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- ☐ El individuo se rehusó a firmar
- ☐ La barrera de comunicación prohibió obtener el reconocimiento
- ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- ☐ Otra (Por favor Especificar)

_____

_____

Este formulario de reconocimiento formará parte de su registro médico permanente.