



Name: \_\_\_\_\_

Person#: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

RevBy: \_\_\_\_\_

**Información Del Paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de SN: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

#Teléfono De Casa: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Trabajo: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Celular: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Contacto Preferido #:  Casa  Trabajo  Celular Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

# SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Idioma Preferido:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de envío (de cobro): \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Empleador / Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Es Residente de Tiempo Completo?  Sí  No Si No, ¿Cuál Otra Dirección?: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestro consultorio médico?**

- Oculista: \_\_\_\_\_  Otro Doctor: \_\_\_\_\_
- Familia / Amigo  Seguro  Empleador  Sitio Web  TV  Revista  Periódico  Internet  Cartelera
- Páginas Amarillas  MFE Autobús  Seminario / Feria de Salud  Otro \_\_\_\_\_

**GARANTE O PARTE RESPONSABLE:**

- Yo (Paciente)
- Otro (Si el Paciente es Menor de Edad)

Si Otro, Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de SN: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

#Teléfono De Casa: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Trabajo: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Celular: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA** (Además del número de teléfono mencionado anteriormente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

#Teléfono De Casa: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Trabajo: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Celular: \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

Empresa: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**

Empresa: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**SEGURO DE VISIÓN** \*\* Plan Oftalmológico (Tenga en cuenta que, en este momento, MFEC solo acepta el Plan *Vision Care* para la atención rutina de la vista) \*\*

ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_ Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
del Paciente Fecha

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Fecha

Firma

# FORMA ALTERNATIVA DE CONTACTO/MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN

RevBy:

En Mid Florida Eye Center nos tomamos muy en serio tu confidencialidad médica. No divulgaremos ni podemos divulgar información sin tu autorización por escrito.

Esta autorización permite a nuestro personal hablar únicamente con una(s) persona(s) que designes en caso de que no estés disponible para recibir llamadas o tengas un miembro adulto que ayude a coordinar tu atención médica. No deberías designar a tu médico.

Como parte de nuestra Política de Privacidad para Pacientes, no dejaremos ninguna información sanitaria a otra persona salvo que usted autorice expresamente a continuación:

## Opción 1

(iniciales) \_\_\_\_\_ Sí **NO** autorizar a cualquiera a recibir información sobre mi atención médica.

## Opción 2

Autorizo a mi médico y al personal de esta clínica a hablar con:

1. (Nombre) \_\_\_\_\_, mi (relación con el paciente) \_\_\_\_\_,  
su número de teléfono es: \_\_\_\_\_, respecto a mi **CITAS Y CUENTAS/FACTURAS**.

2. (Nombre) \_\_\_\_\_, mi (relación con el paciente) \_\_\_\_\_,  
su número de teléfono es: \_\_\_\_\_, respecto a mi **ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO** incluyendo resultados de pruebas y resultados de laboratorio.

La comunicación electrónica es mi método preferido:  Sí  No

(Para comunicarnos electrónicamente contigo o con cualquier persona que designes; necesitamos tu permiso por escrito. La comunicación puede ser de las siguientes formas: Teléfono fijo/contestador, Teléfono móvil: Buzón de voz, Teléfono móvil: Mensajes de texto, Correo electrónico, Correo electrónico o Teléfono del trabajo.)

Esta autorización seguirá vigente salvo que yo cambie mientras sea paciente en esta consulta. Es mi responsabilidad notificar a esta oficina los cambios y completar un nuevo formulario. Cualquier problema y/o pregunta relacionada con este formulario debe ser remitido al Responsable de Privacidad.

Estoy de acuerdo en que, si deseo revocar esta autorización, daré un aviso por escrito.

**X** \_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

**X** \_\_\_\_\_

Firma de Aval

\_\_\_\_\_

Fecha



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Cuenta del paciente #: \_\_\_\_\_

## ALARMA REFRACCIÓN

Procedimiento planificado: Refracción

Presupuesto de honorarios: 69 dólares

¿Qué es una refracción? - Una refracción es una medida importante que determina la mejor visión potencial de tus ojos.

¿Por qué es necesario? - Es necesario realizar una refracción para determinar si las enfermedades oculares o los errores refractivos son responsables de tu agudeza visual actual. Se realiza una refracción en una visita de nuevo paciente, una visita anual, una consulta de cataratas o cada vez que se ha producido un cambio o disminución en la visión.

El propósito de este aviso es ayudarle a entender que puede ser necesario realizar pruebas durante el curso de su tratamiento que pueden o no estar cubiertas por su seguro. Debido a la naturaleza de los síntomas o problemas presentes, es vital que el médico realice estas pruebas para diagnosticar con precisión o determinar un plan de tratamiento.

- El seguro no cubre todos tus costes de atención sanitaria. Tu seguro solo cubre los beneficios cubiertos. Algunos artículos y servicios no están cubiertos y tu seguro no los cubrirá.
- Cuando recibes un artículo o un servicio que no está cubierto como beneficio, eres responsable de pagarlo, ya sea de forma personal o a través de cualquier otro seguro que tengas.

### Opción 1:

He leído la información y entiendo que el **SERVICIO DE REFRACCIÓN NO ESTÁ CUBIERTO. Asumo toda la responsabilidad financiera** del coste del servicio. Entiendo que el copago y el deducible son independientes y no están incluidos en la comisión de refracción

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

### Opción 2:

He leído la información y **DEJO LA refracción**. Entiendo que mi médico **puede NO ser capaz de EVALUAR COMPLETAMENTE mi salud ocular**.

\_\_\_\_\_  
(iniciales)

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Información sobre tarifas proporcionada y confirmada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: Su información sanitaria se mantendrá confidencial. Cualquier información que recopilemos sobre usted en este formulario se mantendrá confidencial en nuestras oficinas. Si se presenta una reclamación a tu aseguradora, tu información sanitaria en este formulario puede ser compartida con ella. La información de salud que vea tu aseguradora será confidencial por tu compañía

ATTENTION: If you speak Spanish or American Sign Language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Please speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Por favor hable con su proveedor

*NOTA: Las copias impresas de este documento no están controladas. En caso de conflicto entre las versiones impresas y electrónicas de este documento, prevalece la versión controlada publicada en línea*

**CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO** NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Entiendo que el paciente, que puede definirse como yo, mi hijo o un niño por el que tengo responsabilidad legal, necesita atención médica y tratamiento, y consiento dicho tratamiento en el Mid Florida Eye Center. El tratamiento proporcionado por profesionales médicos, enfermeros y asistentes médicos en el Mid Florida Eye Center puede incluir evaluación y gestión, análisis de laboratorio y otras pruebas; cuidados y procedimientos rutinarios de asistentes médicos, de enfermería y de asistentes médicos. Entiendo que pueden tomarse fotos o vídeos del paciente en relación con dicho tratamiento y para mejorar la operación y la calidad.

Sin garantía: Reconozco que no se han hecho garantías ni garantías respecto al tratamiento o servicios que debe ofrecer Mid Florida Eye Center. Entiendo que todos los suministros, dispositivos médicos y otros bienes proporcionados al paciente son proporcionados por Mid Florida Eye Center tal cual y Mid Florida Eye Center renuncia a cualquier garantía expresa o implícita.

Derechos del paciente: Entiendo que una copia de Derechos y Responsabilidades del Paciente está disponible bajo solicitud. Esta información me indica cómo registrar una queja o queja que pueda tener relacionada con la atención del paciente en Mid Florida Eye Center.

Pruebas de enfermedades transmisibles: Estoy de acuerdo en que si un empleado o proveedor del Centro Ocular Mid Florida está expuesto a la sangre u otro fluido corporal del paciente, conforme a la ley de Florida, el Centro Ocular Mid Florida puede hacer pruebas para determinar la presencia de enfermedades transmisibles, incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la hepatitis. Entiendo que estos resultados de pruebas se mantendrán confidenciales.

Eliminación de muestras: Reconozco que Mid Florida Eye Center puede, a su exclusiva discreción, retirar, retener o desechar cualquier tejido o parte del cuerpo extraído del paciente.

Mensajes de texto: Entiendo que Mid Florida Eye Center puede enviar notificaciones a mi teléfono móvil. Estos textos son textos de No Responder con fines informativos y no están destinados a ser una forma de comunicación bidireccional. Reconozco que se aplicarán tarifas y tarifas estándar por mensajería de texto. Los mensajes pueden incluir información privada de salud y facturación protegida por la ley federal y estatal. La mensajería utiliza una red telefónica pública y no se garantiza el cifrado y seguridad completos, y cualquier persona que tenga acceso a mi teléfono podrá ver estos mensajes a menos que tome medidas para proteger mi teléfono con contraseña o PIN. Tendré la posibilidad de cancelar los mensajes de texto en cualquier momento usando la función STOP.

Acceso a la información de farmacia: Estoy de acuerdo en que si un empleado o proveedor de Mid Florida Eye Center necesita acceder a la información de mi farmacia, tiene mi permiso para hacerlo.

No discriminación: Mid Florida Eye Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional (incluyendo dominio limitado del inglés y lengua principal), edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación por sexo descrito en el § 92.101(a)(2)). Mid Florida Eye Center no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Reconozco que se me ha entregado una copia completa del Aviso de No Discriminación y Asistencia Lingüística, y que puedo solicitar una copia adicional en cualquier momento.

## **CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO CONTINUAR**

Aviso de Servicios de Asistencia Lingüística y Ayudas y Servicios Auxiliares: Mid Florida Eye Center ofrece modificaciones razonables para personas con discapacidad, así como ayudas y servicios auxiliares apropiados en cumplimiento con la Sección 1557, incluyendo intérpretes cualificados para personas con discapacidad e información en formatos alternativos, incluyendo pero no limitado a letra grande, Braille, audio grabado y formatos electrónicos accesibles, De forma gratuita y de forma oportuna, cuando sean necesarias dichas modificaciones. Mid Florida Eye Center también ofrece servicios de asistencia lingüística, incluyendo documentos electrónicos y escritos traducidos e interpretación oral, de forma gratuita y puntual, para quienes tienen un dominio limitado del inglés. Entiendo y reconozco que se me ha proporcionado una copia completa del Aviso de No Discriminación y Asistencia Lingüística al menos una vez al año y/o a petición mía y en el idioma u otro formato que requiera, y que tengo la opción de optar por no recibir este aviso completo. Entiendo que Mid Florida Eye Center no condiciona la recepción de ninguna ayuda o beneficio a mi decisión de no participar. También entiendo que optar por no recibir el Aviso no supone una renuncia a mi derecho a recibir servicios de asistencia o ayudas auxiliares. Reconozco que, si decido renunciar a recibir el Aviso, Mid Florida Eye Center documentará mi decisión de no recibir en mi expediente del paciente. Reconozco que Mid Florida Eye Center documentará mi idioma principal y cualquier ayuda auxiliar y servicios que necesite, y me proporcionará esos servicios según sea necesario.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha Firma de Aval Fecha

## **RECONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

### **Aviso de Prácticas de Privacidad para el Centro de Ojos de Mid Florida**

*Nuestra política de "Aviso de Prácticas de Privacidad", disponible en el mostrador y también en línea en nuestra página web, proporciona información detallada sobre cómo podemos utilizar y divulgar información sanitaria protegida sobre ti. Los detalles de esta política cumplen plenamente con todas las disposiciones, incluidas las más recientemente, de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud aprobada en 1996 (HIPAA). Nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" establece que nos reservamos el derecho de modificar los términos de nuestra política. Si esto ocurre, mostraremos y pondremos a disposición la nueva política y su fecha de implementación prevista. Tienes derecho a solicitar restricciones sobre cómo puede usarse o divulgarse tu información sanitaria protegida para tratamiento, pago o operaciones sanitarias. No estamos obligados a aceptar tus restricciones; Sin embargo, si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo contigo.*

Al firmar a continuación, reconozco la recepción de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" y consiento su uso y divulgación de información sanitaria protegida sobre mí para tratamiento, pago y operaciones sanitarias. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, salvo cuando la práctica ya haya hecho divulgaciones en fideicomiso sobre mi consentimiento previo.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha Firma de Aval Fecha

## **AVISO DE SERVICIOS NO CUBIERTOS**

Tu seguro de visión y/o seguro médico puede no cubrir ciertos servicios realizados durante tu examen ocular. Estos servicios se consideran no cubiertos y pueden suponer gastos de bolsillo.

### **REFRACCIÓN**

Una refracción es una medida importante que determina la mejor visión potencial de tus ojos. Las refracciones suelen considerarse un servicio no cubierto por muchos planes de seguro médico.

La tasa por una refracción se **debe en el momento del servicio** si no está cubierta por tu seguro.

**Tarifa de refracción: 69 \$**

### **AJUSTE DE LENTES DE CONTACTO**

La adaptación de lentes de contacto es un servicio independiente del examen rutinario de la vista e incluye la evaluación del ajuste de las lentes, la determinación de la graduación, las recomendaciones de lentes y cualquier seguimiento necesario relacionado con el uso de lentes. Las adaptaciones y evaluaciones de lentes de contacto a menudo no están cubiertas por el seguro médico y pueden no estar completamente cubiertas por los planes de visión.

Las tarifas varían según la complejidad del ajuste y el tipo de lentes de contacto prescritas.

**Precio estimado de ajuste de lentes de contacto: 80-225 \$**

Entiendo que los servicios de refracción y ajuste de lentes de contacto pueden no estar cubiertos por mi seguro de seguro. Soy responsable de pagar cualquier cargo que no cubra mi seguro. El pago se debe según las políticas financieras de la clínica. Las tarifas estimadas que se enumeran anteriormente son solo estimaciones y los cargos reales pueden variar en función de los servicios prestados.

Al firmar a continuación, reconozco que me han informado de que estos servicios pueden no estar cubiertos por mi seguro y que asumo la responsabilidad financiera por cualquier cargo no cubierto.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**X** \_\_\_\_\_  
Firma de Aval

\_\_\_\_\_  
Fecha

En Mid Florida Eye Center, puedes esperar recibir servicios médicos de manera profesional y atenta. Estamos comprometidos a ofrecerte el más alto nivel de servicio y atención de calidad. A cambio, es tu responsabilidad proporcionar la información de tu seguro. Por favor, tenga su identificación con foto y la información actualizada del seguro disponibles durante la visita para garantizar que su reclamación pueda tramitarse rápidamente.

1. CITAS: Solicitamos que mantenga las citas programadas y llegue a la hora acordada. Si no puede acudir a su cita, por favor avise con al menos 48 horas de antelación. [Las cancelaciones con menos de 24 horas de antelación, o una ausencia a la cita, supondrán una tarifa mínima de 75 dólares por paciente, excluyendo a los pacientes de Medicaid.] Nos reservamos el derecho de no hacer citas rutinarias adicionales si tienes algún saldo pendiente de tratamientos anteriores recibidos en nuestras oficinas. Además, cualquier saldo pendiente deberá abordarse antes de solicitar una cita.

2. COPAGOS: Según tu contrato de seguro, estás obligado a pagar cualquier copago (una pequeña cantidad fija requerida por tu aseguradora de salud), franquicia (cantidad a la que eres responsable antes de que tu aseguradora realice el pago) o co-seguro (porcentaje del coste total de gastos médicos una vez alcanzado tu deducible) que se deba en el momento del servicio. Si no puedes pagar el copago en el momento del servicio, conservamos el derecho de cancelar o reprogramar tu cita para un momento en que estés preparado para pagar tu copago. Además, si su cita se mantiene sin el pago del copago en el momento de la notificación, conservamos el derecho de imponer un cargo administrativo de 10 dólares a su cuenta para sufragar el coste de asegurar el copago.

3. COMISIONES DE TARJETA DE CRÉDITO: Nos reservamos el derecho a pasar por las comisiones de procesamiento de tarjetas de crédito cuando lo permitan las directrices estatales y federales. Si decidimos repasar la comisión de procesamiento de la tarjeta de crédito, informaremos al paciente con una factura de línea después de haber prestado los servicios. Normalmente, cobramos hasta un 2% de comisión por todas las tarjetas de crédito utilizadas para pagar los servicios. La determinación de las comisiones se realizará conforme a la política de los procesadores de tarjetas de crédito y a la normativa estatal.

4. RENOVACIONES/FORMULARIOS DE RECETAS: Por favor, solicite cualquier renovación de recetas y presente los formularios que deban completarse al inicio de su examen. En ese momento, tenemos acceso completo a tu historial completo y podemos atender tu solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar a la cantidad permitida por el estado por rellenar y completar formularios o solicitudes de abogados para tus diversas necesidades (por ejemplo, SSI, discapacidad, etc.).

5. EXÁMENES DE LA VISTA Y GAFAS: Esta política solo se aplicará si necesitas comprar gafas y/o lentillas. Puedes solicitar una copia de la política/procedimiento completo para tus registros. • Una revisión de la receta dentro de los 90 días posteriores al examen original • Una reformulación de la receta dentro de los 90 días posteriores a la fecha del pedido original • Se permite una reformulación de lentes durante el periodo de garantía de 1 año • Se permite una remodelación de montura en un plazo de 30 días, incluyendo una tasa de 50 \$ • Las monturas tienen garantía del fabricante contra defectos durante 1 año • Todos los pedidos de gafas y/o lentillas deben pagarse íntegramente antes de enviarlos al proveedor • Todas las ventas son finales

6. DERIVACIONES: Si tu seguro requiere una derivación, esta debe presentarse antes de acudir al médico. Si no dispone de la derivación requerida, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita o deberá estar dispuesto a asumir el coste total del examen. NOTA: Las copias impresas de este documento no están controladas. En caso de conflicto entre las versiones impresas y electrónicas de este documento, prevalece la versión controlada publicada en línea. Presentado una exención reconociendo tu aceptación como pago directo, y el pago deberá realizarse en el momento del servicio.

7. CHEQUES DEVOLVIENDO: Cualquier pago realizado por cheque que no elimine nuestra cuenta bancaria resultará en una comisión por falta de fondos. Nuestra comisión por fondos insuficientes es de 25 dólares y se añadirá a su cuenta por cada cheque devuelto.

8. OTROS SEGUROS: Tengo entendido que Mid Florida Eye Center participa con varios planes de seguro y que no todos los médicos de la consulta participan en todos los planes o productos dentro de los mismos. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi aseguradora que mi médico participa actualmente en mi plan. El abajo firmante está de acuerdo en que estoy obligado individualmente a pagar la totalidad de todos los servicios que me preste Mid Florida Eye Center si pertenezco a un plan en el que Mid Florida Eye Center no participa.

**(Continuación en la página siguiente)**

9. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Entiendo que Mid Florida Eye Center contrata planes de servicios sanitarios relacionados únicamente con artículos y servicios cubiertos por dichos planos. En consecuencia, el abajo firmante acepta la responsabilidad financiera total de todos los elementos o servicios que, según los planes de atención sanitaria, no estén cubiertos. Ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, pero no se limitan a, servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicios sanitarios o en el resumen de beneficios que el plan de servicios de salud proporciona al paciente (es decir, refracción, ajustes de lentes de contacto) y tratamientos o pruebas no autorizadas por dicho plan. El abajo firmante acepta cooperar con el Mid Florida Eye Center para obtener las autorizaciones necesarias de los planes de servicios sanitarios.

10. **ACUERDO FINANCIERO:** Acepto que, a cambio de los servicios que me proporciona Mid Florida Eye Center, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré los arreglos financieros satisfactorios a Mid Florida Eye Center para el pago. Entiendo y estoy de acuerdo en que si mi cuenta está morosa y se envía a cobros, pueden cobrarme hasta un 35% en comisiones administrativas. Si la cuenta se envía a un abogado para ayudar con la cobranza, acepto pagar los gastos de cobranza y honorarios legales razonables. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente, o a cualquier otra parte responsable ante el paciente, se asigna por la presente al Mid Florida Eye Center. Si los copagos y/o franquicias son asignados por mi compañía de seguros o plan de salud, acepto pagarlos al Mid Florida Eye Center. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de mi factura. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que si ignoro las declaraciones de intentos de cobrar cantidades atrasadas, podría tener la posibilidad de programar citas y/o recibir servicios futuros de Mid Florida Eye Center Limited, incluyendo posible expulsión como paciente de la consulta.

11. **ESTADOS DE CUENTA DEL PACIENTE:** En Mid Florida Eye Center, todas las cuentas son pagaderas en un plazo de 30 días después de recibir su primer extracto. El crédito se concede como cortesía y los arreglos se basarán en las necesidades demostradas. Los pagos mantienen tu cuenta al día solo cuando se han hecho los arreglos. Por favor, llama al servicio de atención al cliente para concertar los acuerdos de pago. Como resultado de los costes asociados al envío de extractos, Mid Florida Eye Center no envía extractos a pacientes por saldos inferiores a 5 dólares. Los extractos de facturación se suprimen hasta que el saldo del paciente se convierte en 5 dólares o más en responsabilidad del paciente. Como resultado, puede que recibas un extracto mucho después de tu última cita o que te pidan pagar saldos pequeños al presentarte para una cita sin haber recibido un extracto. Los pacientes deben remitir pequeños saldos que se deben a Mid Florida Eye Center al recibir la explicación de los beneficios de su seguro.

12. **DESPIDO DEL PACIENTE:** Estoy de acuerdo y entiendo que Mid Florida Eye Center puede iniciar la separación y/o el despido de mí como paciente de la consulta por cualquiera de las siguientes razones no exclusivas: **NOTA:** Las copias impresas de este documento no están controladas. En caso de conflicto entre las versiones impresas y electrónicas de este documento, prevalece la versión controlada publicada en línea.

- (a) Comportamiento disruptivo, agresivo, violento y/o amenazante hacia médicos, personal y/o otros pacientes;
- (b) Incumplimiento reiterado de las citas programadas;
- (c) No cumplimiento de las instrucciones del médico y del tratamiento recomendado y/o otra erosión de la relación médico/paciente; y
- (d) No pago de cantidades atrasadas y/o incumplimiento de cualquier cantidad atrasada acordada en cualquier acuerdo de pago que hayas establecido con Mid Florida Eye Center. Tenga en cuenta que realizar pagos inferiores a la cantidad acordada según un acuerdo de pago se considerará y tratará como impago a efectos de esta disposición.

Los pacientes que sean expulsados de la consulta serán notificados por escrito y se les concederán 30 días para encontrar una atención visual alternativa. Se permitirán citas para visitas de emergencia durante los 30 días, pero el pago de la visita de emergencia se cobrará en el check-in y cualquier cantidad adicional adeudada se cobrará en el check-out.

Los médicos y el personal del Mid Florida Eye Center agradecen su confianza al permitirnos participar en su cuidado ocular. Tu firma indica que has leído, comprendido y aceptado las políticas y procedimientos de responsabilidades financieras de nuestra oficina.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**X** \_\_\_\_\_  
Firma de Aval

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autorización para el pago automático de cargos

Con mi firma a continuación, me inscribo en Pagos Automáticos; Autorizo y solicito que mi proveedor de servicios, Mid Florida Eye Center, cargue la tarjeta de débito o crédito que he designado o que débite electrónicamente mi cuenta bancaria para un pago de hasta 200,00 dólares.

Esta autorización se aplica por separado a cada fecha de servicio que me facturen. También entiendo que una declaración puede incluir varias fechas de servicio.

Esta autorización está vigente hasta que la rescinda. Además, entiendo que tengo derecho a rescindir o modificar esta autorización, incluyendo actualizar mi método de pago o suspender pagos automáticos notificando a Mid Florida Eye Center: 17560 US Highway 441, Mount Dora, FL. 32757. Entiendo que la terminación de esta autorización no me exime de la obligación de cumplir con mis obligaciones de pagar mis saldos. Mi solicitud para rescindir esta autorización debe recibirse al menos tres (3) días laborables antes de mi próximo pago.

Autorizo a mi emisor de tarjeta de débito/crédito y/o a la institución financiera (banco) a aceptar las transacciones procesadas bajo esta autorización. Certifico que soy propietario o firmante autorizado de la tarjeta de débito/crédito o de la cuenta bancaria designada. Reconozco que una transacción que implique un débito desde mi cuenta bancaria está sujeta a las Normas y Directrices Operativas de NACHA. El cargo a mi tarjeta está sujeto a las normas de la marca y a cualquier acuerdo entre mi emisor y yo.

Por favor, ponga sus iniciales UNA de las opciones siguientes:

**Opción 1:** \_\_\_\_\_ **ACEPTO** el cargo automático mencionado arriba y proporcionaré la información de  
Iniciales mi tarjeta para conservarla.

**Opción 2:** \_\_\_\_\_ **RECHAZO** el consentimiento de carga automática mencionado arriba y NO  
Iniciales proporcionaré la información de mi tarjeta para conservarla. Sé que si no se paga mi saldo a tiempo, puede que me cobren una comisión de cobro de hasta un 3% de mi saldo.

---

Firma del paciente

Fecha

---

Nombre impreso

DATA de nacimiento



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Historia Médica Del Paciente** - Marque **SÍ** o **NO** si tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes:

- |                             |                             |  |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Cáncer – Tipo                                | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Colesterol Alto   |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Tomado Flomax / Hytrin / Cardura             | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad de Tiroides  |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Presión Arterial Alta                        | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Diabetes - <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Insulina |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Derrame Cerebral / ACV (CVA)                 | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | GERD  |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad Cardíaca / Sopló                  | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad de los Riñones   |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Ataque Al Corazón                            | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Cálculos Renales (Piedras en los riñones)   |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Insuficiencia Cardíaca Congestiva            | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad del Hígado   |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Latido del Corazón Irregular / Palpitaciones | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Hepatitis - <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C              |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Asma   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad Autoinmune – Tipo _____  |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | EPOC   | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedades infecciosas _____  |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Migrañas                                     | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Demencia / Pérdida de Memoria   |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Artritis                                     | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | SARM (MRSA)   |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Apnea del Sueño - ¿Usa el CPAP?              | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |   |

¿Has recibido una vacuna contra la neumonía?  SÍ  NO

¿Bebes alcohol?  SÍ  NO -  Diariamente  Ocasionalmente  Rara vez

¿Alguna vez has fumado?  SÍ  NO

¿Todavía fumas?  SÍ  NO

**CIRUGÍAS** - Marque la casilla si se ha sometido a alguna de las siguientes cirugías:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Derivación (Bypass)          | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía      | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas      |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso                               | <input type="checkbox"/> Prostatectomía      | <input type="checkbox"/> Apendectomía       | <input type="checkbox"/> Lasik / RK                |
| <input type="checkbox"/> Stents Cardíacos                        | <input type="checkbox"/> Colostomía          | <input type="checkbox"/> Colectectomía      | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla                    | <input type="checkbox"/> Mastectomía         | <input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda | <input type="checkbox"/> Trasplante de Córnea      |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> No He Tenido Procedimientos Quirúrgicos |  |   | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Párpado  |

**OTROS DIAGNÓSTICO DE LOS OJOS** - ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades o trastornos oculares?

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataratas            | <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma             | <input type="checkbox"/> Enfermedad Corneal    | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Ambliopía / Ojo Vago  | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

**Alergias:**  SÍ - Por favor liste abajo  NO se conocen alergias  ¿Alérgico al látex?  SÍ  NO


**Medicamentos:** Enumere cualquier medicamento que tome, recetado o sin receta; Puede proporcionar una lista si está disponible:


**Historia Familiar** - ¿Tienes algún historial FAMILIAR de las siguientes condiciones? (Madre, Padre, Hermanos, Abuelos)

- |                      |                             |                             |   |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Diabetes             | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ¿Quién?: _____ |
| Glaucoma             | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ¿Quién?: _____ |
| Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ¿Quién?: _____ |
| Ceguera              | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ¿Quién?: _____ |
| Adoptado / No Se     | <input type="checkbox"/> SÍ |                             |   |

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SISTEMAS**

Por favor marque todos los que correspondan a su salud actual y pasada.  
Los cuadros que no estén marcados se considerarán una respuesta negativa.

**General / Constitucional**

- Saludable En General
- Pérdida De Peso / Aumento
- Fatiga
- Fiebre Y Escalofríos
- Debilidad

**Integumentario (Piel)**

- Cáncer De Piel
- Erupción
- Magulladuras
- Crecimiento Sospechoso
- Picazón

**Oídos /Nariz /Boca /Garganta**

- Boca Seca
- Dolor Sinusal / Infecciones
- Zumbido En Los Oídos
- Vértigo
- Usa Aparato Del Oído

**Respiratorio**

- EPOC (COPD)
- Asma
- Enfisema
- Usa Oxigeno
- Dificultad Respirando

**Cardiovascular**

- Dolor En El Pecho
- Hipertensión
- Ataque Al Corazón Parkinson
- Cirugía Cardíaca
- Palpitaciones

**Gastrointestinal**

- Acidez Estomacal
- Divertículos
- Náuseas
- Hernia
- Úlceras

**Musculo-Esquelético**

- Artritis
- Dolor De Espalda
- Hinchazón De Coyunturas
- Rigidez
- Dolor Muscular / Coyunturas

**Neurológico**

- Pérdida De Memoria
- Dolores De Cabeza
- Enfermedad
- Convulsiones
- Temblores

**Endocrino**

- Diabetes
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Micción Frecuente
- Sed Excesiva

**Psiquiátrico**

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés

**Alergias / Inmunológico**

- Reacción Alérgicas a Medicamentos
- Reacción Alérgicas a Comidas
- Alergias Estacionales / Ambientales
- Enfermedad Autoinmune

¿Otras afecciones o problemas médicos no mencionados?

---



---



---



---

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ #Cuenta: \_\_\_\_\_

### Formulario de Evaluación Visual y Cuestionario de Estilo de Vida

Ocupación: \_\_\_\_\_

Pasatiempo: \_\_\_\_\_

Para que nuestros médicos le ayuden a tomar la mejor decisión posible sobre sus necesidades de visión y audición, por favor tome un momento para completar el cuestionario, voltee la página.

Circule alrededor del grado de dificultad que tiene para hacer las siguientes actividades debido a su visión.

#### Evaluación Funcional De La Visión

#### Circule Uno

<b>¿Le gustaría depender menos de sus anteojos, cuál?</b>	Distancia	Cerca	Ambos	
<b>Dificultad para ver carteles de calle o conducir</b> (Bordillos, salidas de la carretera, semáforos, halos/resplandor en las luces)	No	Leve	Moderado	Severo
<b>Dificultad para ver bajo el resplandor</b> (Halos, estallido de luz, seguimiento de la pelota de golf en el cielo, la conducción en la luz del sol brillante, faros inminentes)	No	Leve	Moderado	Severo
<b>Dificultad para ver TV o películas</b> (Caras, números, impresión)	No	Leve	Moderado	Severo
<b>Dificultad para leer letras pequeñas con gafas</b> (Libros, periódicos, botellas de píldoras, instrucciones, teléfono celular)	No	Leve	Moderado	Severo
<b>Dificultad con las correspondencias personales</b> (Escribir cheques, leer facturas, llenar formularios)	No	Leve	Moderado	Severo
<b>Dificultad con actividades de tiempo libre</b> (Jugar a las cartas, bingo, bolos, golf)	No	Leve	Moderado	Severo
<b>Dificultad para funcionar en la casa</b> (Cocina, mantenimiento general del hogar, escaleras, teléfono)	No	Leve	Moderado	Severo
<b>Dificultad para reconocer las caras de las personas</b> (Iglesia, supermercado, clubes, otras actividades diarias)	No	Leve	Moderado	Severo

***Por favor circule las actividades que preferiría hacer con menos dependencia de anteojos:***

Leer	Ver botellas de píldora	Mirar un menú	Mirar su reloj	Usar un teléfono celular
Juegos de cartas o mesa	Costura	Aplicación de maquillaje	Uso de una computadora	Ver etiquetas de precio
Ver el tablero del coche	Ver las etiquetas de precio/estantes	Ir de compras	Bingo	Conducir
Jugar deportes, como el golf	Ver TV	Ver deportes en vivo	Ir al cine	Natación

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha