



# Capital Eye Consultants, P.A.

## Información demográfica

Nombre completo (incluida la inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género (marque uno): Masculino o Femenino

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ de teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

de teléfono de trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido (marque uno o más): Teléfono residencial, teléfono celular o teléfono del trabajo

## Información de contacto de emergencia

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

Mejor Contacto #: \_\_\_\_\_

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

Mejor contacto#: \_\_\_\_\_

## Información del médico

Médico remitente: \_\_\_\_\_

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

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE HIPAA

En respuesta al uso indebido de la información personal de salud, el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una **regla de privacidad** para garantizar que su información personal de salud se mantenga privada. Esta regla también se estableció con el fin de proporcionar un estándar para que los proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para el uso y la divulgación de información médica sobre el paciente con el fin de llevar a cabo tratamientos, pagos u otras operaciones de atención médica.

Queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y tomaremos todas las medidas razonables para asegurar y proteger su privacidad. Cuando sea necesario, proporcionaremos la información mínima necesaria solo a aquellos que consideremos que necesitan su información médica personal para brindarle atención médica que sea lo mejor para usted.

Apoyamos su acceso completo a sus registros médicos. Debe tener en cuenta que podemos tener relaciones de tratamiento indirecto con usted que incluyen, entre otras, laboratorios, farmacias y otros consultorios médicos. Como tal, es posible que necesitemos divulgar su información médica personal para fines de tratamiento, pago y/o operaciones de atención médica. Estas entidades externas no necesitan necesariamente obtener su consentimiento para esta comunicación.

Usted tiene derecho a negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información médica personal. Esta negativa debe hacerse por escrito. Según la ley HIPAA, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo si decide negarse a divulgar su información médica personal. Si usted da su consentimiento para divulgar su información personal de salud, al firmar este documento, puede solicitar en algún momento futuro rechazar futuras divulgaciones de su información personal de salud. Esta negativa debe hacerse por escrito. Sin embargo, no puede revocar acciones que ya se hayan realizado y que se basen en este consentimiento o en un consentimiento firmado previamente.

Ha recibido una copia de nuestra Política de Privacidad del Paciente. Tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Hable con nuestro personal administrativo si tiene objeciones a este consentimiento.

Enumere a continuación a cualquier persona con la que podamos discutir su información médica personal. (es decir, cónyuge, familiar, amigo, etc.)

---

Fecha de firma del paciente o tutor

A continuación, enumere a la(s) persona(s) que puede(n) acompañarlo(s) a la sala de examen y que pueden hacer preguntas sobre su atención:

1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## **Consentimiento informado:**

### **COVID-19**

Entiendo que estoy dando mi consentimiento para un tratamiento/procedimiento/cirugía electiva que no es urgente o de emergencia.

También tengo entendido que el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Además, entiendo que el COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga por contacto de persona a persona y, como resultado, las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social. Entiendo que mi médico que se menciona a continuación ha implementado medidas de seguridad razonables para ayudar a reducir la propagación de COVID-19.

Entiendo que incluso si he recibido un resultado negativo de la prueba de COVID-19, es posible que la prueba no haya detectado el virus o que me haya infectado después de hacerme la prueba. Entiendo que incluso si no tengo ningún síntoma, puedo tener una infección por COVID-19, y que tener el tratamiento/procedimiento/cirugía electivo puede conducir a una mayor probabilidad de complicación y muerte.

Entiendo que la exposición al COVID-19 antes, durante y después de mi tratamiento/procedimiento/cirugía puede resultar en lo siguiente: un diagnóstico positivo de COVID-19, aislamiento prolongado, pruebas adicionales y hospitalización, que incluyen: la necesidad de tratamiento en cuidados intensivos (UCI), intubación a corto o largo plazo, otras complicaciones y la muerte. Después de mi cirugía electiva, es posible que necesite atención adicional que puede requerir que vaya a un departamento de emergencias o a un hospital.

Entiendo que el COVID-19 puede causar riesgos adicionales, algunos de los cuales pueden desconocerse en este momento.

Entiendo que este procedimiento electivo puede ponerme en mayor riesgo de infectarme con COVID-19. Al firmar este formulario de consentimiento, acepto ese riesgo y doy mi permiso para continuar con el tratamiento/procedimiento/cirugía que se indica a continuación.

Se me ha dado la opción de someterme a mi tratamiento/procedimiento/cirugía en una fecha posterior. Entiendo los riesgos potenciales de retrasar y quiero continuar.

He leído este consentimiento o alguien me lo ha leído.

---

Fecha de firma del paciente/tutor

## Política financiera

La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que requerimos que lea, **ponga sus iniciales** en los espacios provistos y firme antes de que comience el tratamiento. La parte responsable también debe proporcionar su tarjeta de identificación y tarjetas de seguro, si corresponde.

**EL PAGO COMPLETO SE DEBE REALIZAR CUANDO SE PRESTAN LOS SERVICIOS:** Para su comodidad, aceptamos las siguientes formas de pago: efectivo, cheques personales o giros postales y todas las principales tarjetas de crédito. Los pacientes menores de edad deben estar acompañados por un padre o tutor en todo momento, el adulto acompañante es responsable del pago total en el momento del servicio. Los saldos, los copagos, los deducibles y el monto del coseguro deben pagarse en el momento del check-in antes de que se presten servicios futuros.

**SEGURO:** Todos los planes de seguro médico deben presentarse antes de que se presten los servicios. Como un servicio para usted, nuestra oficina verificará la cobertura del seguro, así como completará y presentará las reclamaciones médicas proporcionadas; Sin embargo, solo podemos facturar a su seguro si nos proporciona su seguro correcto y completo y la información demográfica. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que todas las tarjetas de seguro actualizadas, la información del plan y la información demográfica se proporcionen al consultorio antes de que se brinde el servicio. La aceptación de la cesión de seguro por parte de esta oficina no exime a la parte responsable de la plena responsabilidad por los cargos totales por el tratamiento prestado. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su proveedor de seguros. No somos parte de ese contrato. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad dentro de los 90 días, el saldo vencerá y será pagadero por el abajo firmante. En lo que respecta a los planes de seguro en los que somos proveedores participantes, todos los copagos, deducibles y montos de coseguro se deben pagar en el momento en que se presta el servicio. En el caso de que su cobertura de seguro cambie, se cancele o ya no seamos proveedores participantes, consulte lo anterior. Su responsabilidad de pago puede cambiar si la cobertura de su seguro médico varía. Esta oficina **NO PUEDE HACER NINGUNA GARANTÍA** de pago del seguro.

**CHEQUES DEVUELTOS:** La ley de Florida designa que se pagará una tarifa de \$40.00 por cada cheque devuelto. El monto del cheque devuelto debe pagarse en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito/débito dentro de los 7 días posteriores a la devolución o la cuenta se entregará a un proceso legal.

**CARGO POR CITA PERDIDA:** Capital Eye Consultants requiere que todos los pacientes notifiquen con 24 horas de anticipación la cancelación de citas, a menos que haya una

emergencia o una circunstancia imprevista. Si no puede asistir a su cita, comuníquese con nuestra oficina para reprogramarla o cancelarla. Si alguien en nuestra oficina no puede ser contactado, por favor deje un mensaje de voz notificando de esa cancelación. Si no cancela o reprograma dentro de las 24 horas, se le facturará una tarifa de \$ 45.00.

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que he leído y acepto todos los términos establecidos anteriormente y que he recibido una copia de este acuerdo.

---

Fecha de firma del paciente/tutor

### **Aviso de tarifa de refracción**

¿DESEA QUE LE REVISEN PARA UNA NUEVA PRESCRIPCIÓN DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO?

Si lo haces, debemos realizar una REFRACCIÓN. La refracción es el procedimiento que realiza un profesional oftálmico capacitado para determinar la prescripción exacta de anteojos o lentes de contacto de una persona. Este es un servicio SEPARADO que se realiza en el momento de su examen de la vista y que no siempre está cubierto por los seguros. Si su seguro no paga por una refracción, deberá pagar \$45.00 en el momento del servicio. Si la tarifa se factura a su compañía de seguros y se niega como un servicio no cubierto, usted será responsable de los \$45.00.

Indique si desea hacerse la prueba para determinar su nueva prescripción de anteojos poniendo sus iniciales junto a su preferencia deseada.

\_\_\_\_\_ Sí, quiero tener una nueva receta para anteojos. Al firmar a continuación, entiendo que se me cobrará \$45.00 si mi seguro no cubre este servicio.

\_\_\_\_\_ No, no quiero tener una nueva receta para anteojos.

---

Fecha de firma del paciente o tutor