

GARDEN STATE



EYE CENTER

Fecha de Nacimiento

Nombre: _____ DOB: ___/___/___ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ (Circunde por favor el mejor número para alcanzarle en.)

S.S. #: ____-____-____ Sexo: _____ Estado civil: S M W D

Email address: _____ Referido por: _____

Médico primario: _____ Teléfono medire del primario: _____

Farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Información del contacto de la emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información del seguro

Seguro primario: _____ Número de la poliza: _____

Nombre del sostenedor de poliza (si es diferente del paciente): _____

Relación al paciente: _____ DOB: ___/___/___ S.S. #: ____-____-____

Seguro secundario: _____ Número de la política: _____

Nombre del sostenedor de poliza (si es diferente del paciente): _____

Relación al paciente: _____ DOB: ___/___/___ S.S. #: ____-____-____

Por mi firma, confirmo que toda la información está exacta y correcta.

Seré responsable informar al Garden State Eye Center cualesquiera y todos los cambios en mi dirección, números de teléfono e información del seguro. Cualquier equilibrio excepcional tal como co-insurance, servicios no cubiertos o lapso de la cobertura será la responsabilidad del paciente. Los balances que son voluntad excepcional se acrecientan una carga de interés de 1.5% por mes hasta que está pagado por completo. los Co-pagos y los deductibles anuales son **debido en época de la visita.**

Entiendo eso si mi seguro requiere remisiones que sea mi responsabilidad como el paciente obtener esa remisión y que una remisión debe estar presente a la hora de visita. Si no hay remisión presente en la época de la visita que la cita necesitará ser cambiado la hora debido al incumplimiento en esta materia.

Firma paciente: _____ Fecha: _____

GARDEN STATE



EYE CENTER

Información del historial médico

Nombre: _____ DOB: _____ Fecha: _____

¿Cuál es la razón de su visita hoy? ¿Tienes un problema específico?

¿Usted tiene o usted ha tenido siguiente un de los?

Colesterol alto: _____

Enfermedad cardíaca ____: _____

Enfermedad de tiroides ____: _____

Artritis ____: _____

MS ____: _____

Hepatitis ____: _____

Diabetes ____: _____

Presion alta ____: _____

Enfisema ____: _____

Tuberculosis ____: _____

Derrame Cerebral ____: _____

Positivo del VIH ____: _____

Control anticonceptivo ____: _____

____ otro: _____

Por favor todos los medicamentos que esta tomando ahora:

¿Usted tiene alergias a antibióticos? Liste por favor.

¿Es usted alérgico al látex? Sí o No

¿Usted tiene otras alergias o sensibilidades a algo mas? _____

¿Usted toma las gotas del ojo para un de los siguientes de condiciones?

Ojos secos ____

Glaucoma ____

Alergias ____

¿Usted o un miembro de su familia tienes un de los siguiente?

Catarata ____

Glaucoma ____

Ojo Cruzado ____

Ojo Perezoso ____

¿Usted ha tenido enfermedad seria a sus ojos? Sí o No

Describe cuáles era, cuando ocurrió y especifica a la derecha, izquierdo o ambos ojos.

¿Tiene o usado las lentes de contacto?

____ sí

____ no

Firma: _____ Initials del doctor: _____

GARDEN STATE



EYE CENTER

Política de la cancelación

Garden State Eye Center entregar el más alto nivel del cuidado y del servicio de la manera más compasiva y más respetuosa posible. Sin embargo, es difícil proporcionar el acceso al cuidado cuando las ranuras de tiempo de la cita van sin llenar por la cancelación de los pacientes en la última hora o no llegan a su cita. Para aliviar esta situación nuestra práctica ha decretado una política que si una cita no puede ser guardada que debe haber aviso 24 horas por adelantado. Estamos pidiendo que todos nuestros pacientes sean atentos de esta política.

****** Una cita se considera "faltada" si 24 horas de notificación no se dan ******

Si es después de que sea normal las horas de oficina, llame nuestro de teléfono de la oficina de un mensaje voicemail.

Para maximizar eficacia programar y acceso al cuidado, nosotros han puesto la política en efecto:

Cuando una cita se falte, sin avisos apropiado de la 24 hora, un número de tarjeta de crédito sea requerida para guardada en archivo antes de que otra cita se pueda programar.

Las cargas siguientes serán hechas después de eso por consiguiente:

Primer cita faltada: **\$25.00** el honorario será cargado

Segunda cita faltada: **\$50.00** el honorario será cargado

Tercera cita faltada: **\$100.00** el honorario será cargado

Cualquier cita faltada después de eso puede dar lugar a despido de la práctica.

He leído y acuerdo conformarse con la política de la cancelación. También entiendo que en el caso de incumplimiento me cargarán por consiguiente.

Firma paciente: _____ Fecha: _____

POLIZA DE SEGURO

Yo _____, entiendo que desde el 1 de Agosto de 2012 debido a la Garden State Eye Center nueva política, que es mi responsabilidad para proporcionar Garden State Eye Center con toda mi correcta cobertura de seguro actual información: seguro primario: seguro secundario: etc.... junto con mi correcta demografía actual incluyendo: nombre, fecha de nacimiento, dirección, etc.... si una reclamación es negada debido a información incorrecta facilitada por mí que yo le serán facturados que reclamar.

Garden State Eye Center participa con más seguros y con mucho gusto presentar reclamaciones a las compañías de seguros en su nombre, sin embargo, si las reclamaciones volver es denegado debido a un paciente se convertirá en que los pacientes responsabilidad de abono de la reclamación.

Firma: _____

Fecha: _____

ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACIÓN CUÁN MEDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER el ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISELO POR FAVOR DETENIDAMENTE.

Esta Nota de Prácticas de Intimidad describe cómo podemos usar y poder revelar que su ha información (PI) protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de la salud y para otros propósitos que se permiten o son requerido por la ley. Describe también sus derechos de conseguir acceso a y para controlar su información protegida de la salud. "Información protegida de salud" es información acerca de usted, inclusive información demográfica, eso lo puede identificar y eso relaciona a su pasado, presenta o la salud o la condición futura física o mental y los servicios relacionados del cuidado de la salud.

1. Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Los usos y las Revelaciones de Información Protegida de Salud

Su ha información protegida de salud se puede usar y puede ser revelada por su médico, nuestro personal de la oficina y el exterior de otros de nuestra oficina que se implican en su cuidado y el tratamiento para el propósito de proporcionar la salud los servicios del cuidado a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para sostener la operación del médico la práctica de s, y cualquier otro uso requerido por la ley.

El tratamiento: usaremos y revelaremos que su ha información protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de la salud y algún servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su cuidado de la salud con un terceros. Por ejemplo, nosotros revelaríamos que su ha información protegida de salud, como sea necesario, a una agencia buscadora de la salud que proporciona el cuidado a usted. Por ejemplo, su ha información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria diagnosticar o tratarlo.

El pago: Su ha información protegida de salud se usará, cuando necesitado, para obtener el pago para sus servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobación que obtiene para un hospital permanece puede requerir que su información protegida pertinente de la salud sea revelada al plan de la salud para obtener la aprobación para la admisión del hospital.

Las Operaciones de la asistencia sanitaria: podemos usar o podemos revelar, como necesitado, su ha información protegida de salud para sostener las actividades económicas de su médico la práctica de s. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas a, las actividades de la evaluación de la calidad, las actividades de la revisión de empleado, instrucción de estudiantes médicos, de licenciar, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, nosotros podemos revelar que su ha información protegida de salud a estudiantes médicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en el escritorio de matrícula donde usted se pedirá para se firmar su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por nombre en la habitación que espera cuando su médico está lista para verlo. Podemos usar o podemos revelar que su ha información protegida de salud, como sea necesario, para avisarlo recordarlo de su cita.

Podemos usar o podemos revelar que su ha información protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública publica como requerido por ley, estas Enfermedades Comunicable: Descuido publica Salud: Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administración Droga: Legal Procede: Aplicación Ley: Pesquisidores, Directores Funeral, y Donativo Organo: Investigación: Actividad Criminal: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Trabajadores' Compensación: Presos: Usos Funeral por estasY el Humano Atiende a investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros Usos y las Revelaciones Permitidos y Requeridos se Harán Sólo Con Su Consentimiento, la Autorización o la Oportunidad de Oponerse a menos que requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier vez, a escribir, menos hasta el punto que su médico o el médico la práctica de s ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

Sus Derechos que Siguen son una declaración de sus derechos con respecto a su información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su ha información protegida de salud. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar ni puede copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; información compilada en la anticipación razonable de, ni del uso en, en una acción ni proceder civiles criminales ni administrativos, y en información protegida de salud que es la ley con sujeción a que prohíbe el acceso a la información protegida de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar que una restricción de su ha información protegida de salud. Esto significa que usted nos puede preguntar no usar ni revelar en cualquier parte de su ha información protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar también que en cualquier parte de su ha información protegida de salud no sea revelada a miembros de familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificación como descrito en esta Nota de Prácticas de Intimidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción aplique.

Su médico no es requerido a concordar a una restricción que usted puede solicitar. Si médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y la revelación de su información protegida de la salud, su información protegida de la salud no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro Profesional de Asistencia sanitaria.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de esta nota de nosotros, sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de tener a su médico enmienda su información protegida de la salud. Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y lo proporcionará con una copia de cualquiera tal refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho, si cualquiera, Usted su ha información protegida de salud.

Reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y lo informará por correo de cualquiera cambia. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Las Quejas

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede archivar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de la intimidad de su queja. Nosotros no vengaremos contra usted para archivar una queja.

Esta nota se publicó y entra en vigencia en/o antes de el 14 de abril de 2003.

Somos requeridos por la ley a mantener la intimidad de, y proporcionar los individuos con, esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de la Conformidad de HIPAA en la persona o por teléfono en nuestro Número Principal de Teléfono.

La firma debajo de es sólo reconocimiento que usted ha recibido esta Nota de nuestras Prácticas de la Intimidad:

Imprima el Nombre: Signature _____ Date _____

GARDEN STATE



EYE CENTER

Consentimiento de HIPAA

Consentimiento medica:

I, _____ autoriza el centro del ojo del estado del jardín para lanzar la información siguiente:

(Compruebe por favor todo el que aplíquese)

Resultados de la prueba _____

Historial médico _____

Información de la prescripción _____

Notas del hospital _____

Esta información se puede lanzar a:

1) Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

2) Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

3) Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

La información médica no debe ser lanzada a cualquier otra persona.

Seguirá habiendo este lanzamiento de la información en efecto hasta terminado por mí en la escritura.

Firma paciente: Fecha del _____: _____



Consentimiento de la lente de contacto

Una guarnición de la lente de contacto no es parte de una examinación completa del ojo. Éstos son dos procedimientos separados y por lo tanto serán cargados por procedimiento. El honorario apropiado para los contactos incluye el ajuste de diagnóstico, las instrucciones, el par inicial de contactos y la primera visita de la carta recordativa. Para cualquier cita adicional habrá un honorario de \$25.00 recogidos en la época de la visita.

Horario del honorario:

\$180.00- Cabiendo para el portador de la primera vez del solo paciente de las lentes de contacto de la visión nuevo o establecido.

\$95.00- Cabiendo para el portador actual del solo paciente de las lentes de contacto de la visión nuevo o establecido.

la necesidad *Patient trae la información siguiente: entre en contacto con la marca de fábrica, la prescripción para cada ojo, la curva baja y el diámetro.

\$215.00- Cabiendo para el portador de la primera vez del paciente toric de las lentes de contacto nuevo o establecido.

\$250.00- Cabiendo para el portador de la primera vez del paciente multifocal de las lentes de contacto nuevo o establecido.

el *If el paciente es un portador actual de las lentes de contacto toric o multifocal y tiene la información siguiente: entre en contacto con la marca de fábrica, la prescripción para cada ojo, la curva baja y el diámetro; el precio del ajuste es **\$115.00** y encima de dependiendo de cómo es difícil es el ajuste.

Antes de que una prescripción para las lentes de contacto pueda ser lanzada el paciente debe pagar el honorario apropiado.

Por ley del estado, las prescripciones de la lente de contacto son válidas para 1 año. Las prescripciones y las pedidos de la lente de contacto para los contactos serán dispensadas solamente a esos pacientes que restos de la prescripción válido y no han sobrepasado la fecha de vencimiento.

Es imposible determinarse por adelantado si o no un paciente tendrá una respuesta acertada al desgaste de la lente de contacto. Ciertos factores personales, physiologic o ambientales pueden afectar al contrario tiempo que usa o hacer necesario la discontinuación del desgaste.

Firma paciente: _____ Fecha: _____