

BIENVENIDOS!

Su visión es nuestra misión.

Estimado paciente:

Le agradecemos haber escogido nuestros consultorios para atender sus necesidades de salud visual. En Visionary Ophthalmology, nos esforzamos por ofrecer a nuestros pacientes un servicio de clase mundial, tecnológicamente avanzado, eficiente y con un toque de cariño. Ofrecemos servicio completo de Oftalmología general que se especializa en:

- **Trasplantes de cornea**
- **Cirugía refractiva**
- **Corrección de la visión con laser**
- **Cirugía de cataratas**
- **Cirugía de Pterigion**
- **Problemas de la retina**
- **Enfermedades inflamatorias**
- **Lentes de contacto**
- **Glaucoma**

Todos nuestros oftalmólogos están certificados por la Junta Americana de Oftalmología, y todos son subespecializados. Nuestro personal ha sido entrenado como un equipo en búsqueda constante de la excelencia. Siempre estamos implementando sistemas de alta eficiencia y procedimientos nuevos para mejorar la experiencia del paciente.

El día de su examen le dilataremos la pupila de su ojo para que el médico pueda realizar un examen completo. El médico puede solicitar exámenes adicionales si es necesario. ***Para hacer que su visita sea lo más rápida posible, por favor complete los formularios de registración adjuntos y lleve con usted el día de su cita. Asegúrese de firmar cuando sea necesario. También, por favor traiga: su tarjeta de seguro (incluyendo los planes de visión), identificación con foto y un referido de su médico primario (si su seguro requiere uno, planes HMO y POS).***

El día de su examen, Usted estará en nuestra oficina por lo menos 2 horas. (El tiempo de espera depende de la dilatación de su pupila). Los exámenes adicionales y la prueba de lentes de contacto pueden requerir más tiempo.

Para un mejor servicio y mas conveniencia para usted, contamos con una **Optica en nuestra oficina** con excelentes precios, gran selección y estilos. Aceptamos casi todos los planes de la visión.

También tenemos a su disposición un **centro de cuidado de la piel, Lumina**, donde ofrecemos tratamientos estéticos utilizando las últimas tecnologías, y una gama de productos para su piel incluyendo productos organicos.

Recuerde, siempre será bienvenido a nuestra oficina. Por favor no dude en llamarnos si tiene preguntas adicionales antes de su visita.

Atentamente,

Médicos y Personal



REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS

FECHA DE HOY : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____

Apellidos: _____ Primer Nombre _____

Sexo: M F Número del Seguro Social #: _____ Estado Civil Soltero Casado Otro

Domicilio: _____ Apt# _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono del Domicilio: _____ Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Por favor Indicar el Número Preferido: _____ Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Lugar de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia : _____ Relación con usted : _____ Teléfono: _____

Nombre del Doctor que lo Recomendó: _____ Teléfono : _____

Nombre de su Médico Primario : _____ Teléfono: _____

Información del Seguro

Seguro Primario: _____	Seguro Secundario: _____
ID#: _____ Grupo #: _____	ID#: _____ Grupo #: _____
Nombre de la Persona Asegurada: _____	Nombre de la Persona Asegurada: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____	Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____
Relación con el Paciente: _____	Relación con el Paciente: _____

****Información de la persona responsable- Para menores de 18 ****

Padre: _____	Madre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____	Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____
Domicilio (en caso de ser diferente): _____	Domicilio (en caso de ser diferente): _____
Teléfono del Domicilio: _____	Teléfono del Domicilio: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____	Teléfono del trabajo: _____ Ocupación: _____

Como supo de Nuestra Clinica?

Amigo/Familiar:	Doctor/Medico:	Radio:
Internet:	TV:	Otro:

TIENE USTED UN PLAN DE VISION? VSP <input type="checkbox"/> DAVIS VISION <input type="checkbox"/> SPECTERA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____	INICIALES DE LA RECEPCIONISTA: _____
--	--------------------------------------

**** ESTA INFORMACION ES OPCIONAL ****

Ingreso Anual: <input type="checkbox"/> \$0-\$25,000 <input type="checkbox"/> \$26,000-\$35,000 <input type="checkbox"/> \$36,000-\$50,000 <input type="checkbox"/> \$51,000-\$70,000 <input type="checkbox"/> \$71,000-\$100,000 <input type="checkbox"/> 101,000 +	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Otro	Educacion: <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Bachillerato <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
---	---	--

**POLIZA FINANCIERA**

En Visionary Ophthalmology nos esforzamos por ofrecerle el más alto nivel de servicio y la mejor atención médica. Es su responsabilidad proporcionarnos la información de su seguro médico. Le pedimos que por favor traiga a su cita su documento de identidad y la tarjeta del seguro, con el objetivo de efectuar el cobro a su compañía de seguro.

CANCELACIONES DE CITAS: Cualquier cancelación o reprogramación de citas debe ser notificado con 24 horas de anticipación. No cancelar su cita o no venir a la cita tendrá un cobro de \$35 dolares por visita.

REFRACCION: Una de las partes más importantes de su examen de la vista es la refracción. Este examen determina no sólo su receta de anteojos más precisa, sino la mejor visión posible, además de ayudar a nuestros médicos a tomar mejores decisiones sobre sus opciones de tratamiento. La refracción no se considera un "servicio médico", sino un "servicio de la visión" y Medicare y la mayoría de las compañías de seguros no lo cubren. Nuestra tarifa por este servicio es de \$ 55.00, y debe ser pagada el día de su examen. Nosotros podremos cobrarle a su compañía de seguros y, en caso de que paguen este examen con gusto le reembolsaremos su dinero.

PLANES DE VISION: Si usted tiene un plan de rutina de la vision, por favor informe a la recepcionista en el momento de llegar a nuestra oficina. Participamos con la mayoría de los planes de seguros médicos y planes de visión. Los Planes de seguro médico cubrirán problemas de la salud ocular (como el ojo seco, glaucoma, catarata) pero no cubren el costo de los anteojos, lentes de contacto y el cuidado rutinario de la vista, como la refracción (arriba). A su vez, los Planes rutinarios de la vista serán válidos únicamente para los exámenes de rutina, pero no cubren problemas médicos de los ojos. Durante su examen, si se le diagnóstica un problema médico de los ojos, mandaremos un reclamo a su plan médico. Todos los planes de vision son diferentes y algunos cubren parte de la refraccion. Como una cortesía para usted, trataremos de verificar sus beneficios de vision antes de su visita.

LENTE DE CONTACTO: En la mayoría de los casos, los planes de seguro medico y de rutina de la vista no cubren el costo de la evaluación de lentes de contacto, la verificación de la prescripción, y la prueba. El cargo por estos servicios profesionales de lentes de contacto es un cargo independiente y adicional al examen de la vista, y varía entre \$ 50 a \$ 300, dependiendo de la complejidad de los lentes de contacto, el tipo de lentes y la necesidad de instrucción en la inserción y remoción de lentes de contacto. Por favor, informe a nuestro personal cuando usted haga su cita y en el momento de llegar a nuestras oficinas si usted necesita lentes de contacto, o si desea que su receta sea actualizada o verificada.

CHEQUES DEVUELTOS: Todo pago efectuado por medio de cheque que no sea pagado por su cuenta bancaria, generara un cargo por fondos insuficientes. Nuestra tarifa por falta de fondos es de \$ 40.00 y se añadirá a su cuenta por cada cheque devuelto.

CO-PAGOS/DEDUCTIBLES: De acuerdo con su contrato de seguro, usted está obligado a pagar cualquier co-pago en el momento de servicio. Si usted no puede pagar el co-pago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de cancelar o reprogramar su cita. Es nuestra poliza cobrarle todas las cantidades y cobros no cubiertos por su seguro y coleccionar los deductibles que los seguros nos permitan.

PAGO POR SU CUENTA / SIN SEGURO: Si usted es el único responsable de todos los cargos incurridos le pedimos pagarlos el día de su cita. Si su tratamiento es muy amplio, o necesita cualquier tipo de procedimiento quirúrgico, incluyendo los procedimientos de cirugía refractiva, ofrecemos 0% de financiamiento hasta por 12 meses con Care Credit y Chase Health Advance para ayudar a que sus pagos sean más manejables.

PLANES HMO / REFERIDOS: Algunos planes medicos requieren que tengamos una autorización válida o un referido de su doctor primario el día de su cita. Si usted no tiene un referido específico en el momento de su visita, nos reservamos el derecho a cancelar o reprogramar su cita, hasta que usted obtenga su referido. Si usted elige ser visto sin un referido, el pago completo por su cuenta será requerido en el momento de los servicios.

CIRUGÍA: Tarifa de cancelación: Cualquier cancelacion o cambio de fecha de cirugia que no se haga con tres (3) dias de anticipacion a la fecha de la cirugia, incurrirá en un cobro administrativo de \$ 150.00. Kit quirúrgico: Las compañías de seguros no cubren el costo de el kit quirúrgico (\$ 20.00), por lo que será responsabilidad del paciente para asumir dicho pago.

Su firma indica que usted ha leído, entendido y que esta de acuerdo con las polizas, las responsabilidades financieras y los procedimientos de nuestra oficina.

Firma del Paciente /o Representante del Paciente

Fecha



NOTICIA DE PRIVACIDAD PARA EL PACIENTE

Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Nuestro "Aviso de Políticas de Privacidad" esta disponible en la recepción y también en línea en nuestro sitio web, y proporciona información detallada acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud. Los detalles de esta poliza están en pleno cumplimiento con todas las disposiciones, incluidas las actualizaciones más recientes.

Autorización para el uso y divulgación de Información Protegida de Salud

Copias de nuestro "Aviso de Políticas de Privacidad", proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y revelar información médica confidencial acerca de usted, y es compatible con las exigencias de la HIPPA de 1996 . Nosotros nos reservamos el derecho a modificar los términos descritos allí. Si esto ocurre, haremos disponible la nueva poliza con la fecha efectiva en nuestra oficina. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones y protección en como usamos su información para tratamiento, para pagos o cobros, y para operaciones relacionadas con los servicios médicos. No estamos obligados a estar de acuerdo con sus restricciones, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo con usted.

Al firmar a continuación, confirma recibo de la "Aviso de Políticas de Privacidad" y da su consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para el tratamiento, pago y operaciones relacionadas con los servicios medicos. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto en los casos en los que Visionary Ophthalmology ya haya hecho uso o divulgacion de mi información basados en un consentimiento previo. Si usted tiene alguna pregunta por favor llámenos al **301-896-0890**.

Firma: _____

Fecha: _____

Imprima el nombre: _____

Personas, Represent antes o Enfilades quee peen tenor access a su información medica protegida.

Por favor escriba los nombres de las personas o entidades que pueden obtener acceso a su información de salud protegida. Las personas indicadas deben ser mayores de 18 años de edad.

Nombre de la persona autorizada/representante

Relación

Teléfono

Nombre de la persona autorizada/representante

Relación

Teléfono

Autorización del Paciente/ Formas de Contacto

Es posible que no podamos contactar a pacientes directamente durante horas hábiles del día. En estas ocasiones nuestra oficina contactara a pacientes y les dejara mensajes por los medios de comunicación proveidos por el paciente. Debido a polizas federales de HIPPA y como regla mandatoria de privacidad, debemos obtener su autorización para continuar con esta forma de comunicación. Ejemplos de Información protegida de salud para los que le contactaríamos a su casa, celular, trabajo, o correo electronico incluyen, entre otros: resultados de exámenes, prescripciones/información de su farmacia, instrucciones para su citas y procedimientos, horarios y informacion sobre cirugias.

SI, Yo autorizo a Visionary Ophthalmology a dejarme mensajes que contienen Informacion de Salud protegida por cualquiera de estos medios: casa, celular, trabajo/o correo electronico.

NO, No autorizo a Visionary Ophthalmology a dejarme mensajes que contienen Informacion de Salud protegida por ninguno de estos medios: casa, celular, trabajo/o correo electronico.

Firma en Archivo, Asignacion de Beneficios, Acuerdo Financiero

1) **PACIENTES DE MEDICARE:** Yo solicito que el pago de Beneficios de Medicare autorizados se hagan en mi nombre a Visionary Ophthalmology por los servicios rendidos a mi por Visionary Ophthalmology. Yo autorizo a los titulares de profesión medica que den a los centros de servicios de medicare, medicaid y a sus agentes cualquier información medica que sea necesaria para determinar estos beneficios pagados por los servicios relacionados a mi. Entiendo que con mi firma pueden enviar cualquier información medica o lo necesario para que puedan obtener pago por los servicios rendidos a mi. Si otro seguro de salud se indica en la forma de HCFA1500 o en otras formas de reclamo aprobado, mi firma autoriza que pueden dar cualquier información medica a la aseguranza o otras agencias. Visionary Ophthalmology acepta el pago de determinacion de la compañía de Medicare como el pago completo, y yo soy responsable solo por el pago de deductible, el porcentaje que el seguro no cubre y los servicios que el seguro no cubre. El porcentaje que el seguro no cubre y el deductible es basado en la determinación de pago de Medicare.

2) **MEDIGAP:** Entiendo que la póliza de medigap o de otro tipo de salud medica sea indicada en la forma de HCFA 1500 o en otra formas de reclamo aprobado, mi firma autoriza que den cualquier información medica a la aseguranza o otras agencias de seguro médico. Yo solicito que los pagos de seguros secundarios se hagan en mi nombre a Visionary Ophthalmology, o si es posible o de otra manera se hagan a mi nombre.

3) **OTROS SEGUROS:** Yo entiendo que Visionary Ophthalmology participa en varios planes medicos de salud. Es mi reponsabilidad verificar la participacion del Doctor con mi plan de seguro, mi cobertura, los co-pagos, deductibles y otros requerimientos de mi poliza de seguro. Yo entiendo que mi firma significa que los pagos seran hechos a Visionary Ophthalmology y autorizo a dar cualquier informacion medica que sea necesaria para procesar mis reclamos. Entiendo que yo soy reponsable por el deductible, el co-pago y todos los servicios no cubiertos por mi seguro. Yo también autorizo que cualquier pago de beneficios médicos se haga a Visionary Ophthalmology por los servicios rendidos a mi.

4) **PADRES DE MENORES DE EDAD:** Yo entiendo que como papa/guardian del paciente sere responsable por el pago de los servicios rendidos hoy

5) **ACUERDO FINANCIERO:** Estoy de acuerdo y me comprometo, a cambio de los servicios prestados a mi como paciente de Visionary Ophthalmology, pagar mi cuenta en el momento de la prestación de servicios o hacer los arreglos financieros satisfactorios. Entiendo que los contratos que Visionary Ophthalmology firma con los planes de servicios de salud se refieren únicamente a los elementos y servicios que están "cubiertos" por los planes de servicios de salud. El que firma acepta la plena responsabilidad financiera por todos los servicios no cubiertos, co-pagos, deducibles, co-seguro o servicios no autorizados. Si mi cuenta es enviada a una agencia de colección, me comprometo a pagar los gastos de cobranza y honorarios razonables de abogados a lo establecido por el tribunal o la Corte y no por un jurado en cualquier acción judicial. Se entiende que el que firma abajo y / o el paciente son los principales responsables por el pago de mi factura.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente (Padre/Guardian)

Nombre impreso (Padre /Guardian)



INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A NUESTRA OFICINA

One Central Plaza 11300 Rockville Pike, Suite 1202 Rockville, Maryland 20852

****ESTAMOS CONVENIENTEMENTE LOCALIZADOS EN FRENTE DEL MALL DE WHITE FLINT****

VINIENDO DESDE GAITHERSBURG/ GERMANTOWN/FREDERICK: Tome la I-270 Sur. Tome la salida MONTROSE RD ESTE, la 4A para salir a la derecha. Metase a la MONTROSE RD. Quedese a la derecha para Meterse a la MONTROSE PARKWAY. Gire a la derecha en EAST JEFFERSON STREET. Haga una IZQUIERDA en OLD GEORGETOWN ROAD. Despues haga una derecha en ROCKVILLE PIKE. Despues de pasar la interseccion de NICHOLSON LANE, en la tercera calle metase a mano derecha en SECURITY LANE.

VINIENDO DESDE DE SILVER SPRING: Tomar la I-495 W / Outerloop Capital Beltway/I-495 hacia N VIRGINIA. Metase a la Rockville Pike / MD-355 N por la salida 34 hacia la Avenida Wisconsin / Bethesda / ROCKVILLE. Haga una izquierda en SECURITY LN.

-VINIENDO DESDE EL NORTE DE VIRGINIA: Desde el BELTWAY (I-495 W) tome la I-270 North hacia Frederick. Tome la salida hacia DEMOCRACY BLVD y tome la rampa hacia MD-187/OLD GEORGETOWN RD. Metase a DEMOCRACY BLVD. Gire a la izquierda en la MD-187 N / RD Old Georgetown Rd. Gire a la derecha ligeramente en ROCKVILLE PIKE/MD-355 S. Despues de pasar la interseccion de NICHOLSON LANE, en la tercera calle metase a mano derecha en SECURITY LANE.

La entrada a nuestro edificio (11300) esta en la calle SECURITY LANE. ALGUNOS PACIENTES ELIGEN PARQUEAR EN EL WHITE FLINT MALL SOLO A PARTIR DE LAS 10 AM.

EN Metro (TOME LA línea roja hacia Shady Grove), Cómo llegar a pie desde el metro:

Al salir de la estación de metro de White Flint, Rockville Pike se encuentra a la derecha y Marinelli Rd. estara directamente en frente suyo (los edificios grandes le ayudaran a recordar donde esta la estación de metro). Continúe hacia el Sur recto por la Rockville pike por media manzana. Una vez que pase que pase la Nicholson Ln, nuestra oficina se encuentra a media cuadra a su derecha. (tiene que cruzar la calle)