
POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir a **Metrolina Eye Associates (MEA)** para sus necesidades de atención médica. Esta política está diseñada para ofrecerle una comprensión clara y concisa de sus responsabilidades financieras con respecto a cualquier servicio prestado. Es la política de MEA que el pago total se debe en el momento del servicio a menos que arreglos especiales se han hecho con antelación. Esto incluye los copagos y / o deducibles que son requeridos por su compañía de seguros.

Aseguranza: Entiendo que MEA va a presentar reclamaciones en mi nombre a las compañías de seguros con las que MEA está contratado. Si MEA no tiene contrato con mi compañía de seguros, estoy de acuerdo en pagar por los servicios en su totalidad el día de prestación de servicios. MEA estará encantado de ayudarme a presentar mi reclamo con mi compañía de seguros. Entiendo que MEA me facturará por cualquier porción restante de mi saldo, si lo hubiere, una vez que todas las reclamaciones de seguros se han hecho y los pagos se hayan recibido. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios que no se consideren no médicamente necesario o de servicios no cubiertos por mi plan de seguro. Yo también soy financieramente responsable de cualquier deducible, co-seguro o co-pagos que son resultado de las reclamaciones que se presenten. **** Los copagos son debidos en el momento que se prestan los servicios. ****

Refracciones: Una **refracción** es la parte del examen por el cual podemos determinar si se le puede ayudar de alguna manera con una nueva receta de gafas/lentes. También es cómo determinamos la mejor agudeza visual posible y función del ojo, esto es información médica esencial para nuestros proveedores ya que evalúan sus ojos. No es un servicio cubierto por la mayoría de las compañías de seguros médicos. **Nuestra tarifa por su refracción se recoge a la salida de su visita.** Si su compañía de seguros paga por su refracción, le haremos un reembolso.

Pago de uno mismo (sin seguros / planes no participantes)

Entiendo que si no tengo cobertura de seguro para los servicios prestados, o si la información del seguro que proporciono a MEA sea inexacta, o mi cobertura no estar en vigor en el momento del servicio, seré responsable por el pago total por los servicios prestados en el momento del servicio. Entiendo que se me exigirá hacer pre-pago de para servicio antes de ver el proveedor, y el registro de salida, voy a ser responsable por los costos más de esta cantidad de pre-pago. Entiendo que si los servicios prestados cuestan menos que la cantidad de prepago se me reembolsará la diferencia a través de cheque por separado.

Cheques Devueltos

Entiendo que MEA me cobrará \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto o fondos insuficientes . Entiendo que el pago total (cantidad de carga total + \$ 35.00 de pago) se debe diez (10) días de calendario después de que me contacte MEA respecto al cheque devuelto / insuficiente . Pago en su totalidad como consecuencia de el cheque devuelto / insuficiente se puede pagar en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito. MEA no aceptará un cheque para cubrir el pago de un cheque devuelto.

Saldos de Cuentas

Entiendo que después de que mi seguro haya pagado y / o procesado mi visita, puede haber un saldo remanente. MEA enviará por correo un estado que muestre la responsabilidad del paciente. Entiendo que debo pagar el saldo pendiente dentro del plazo indicado en la factura. Entiendo que cualquier saldo pendiente se debe pagar a la llegada de mi próxima cita antes de recibir servicios adicionales a menos que haya sido aprobado para un plan de pago por MEA. Entiendo que el no pagar el saldo pendiente de la cuenta puede resultar en que mi cuenta sea enviada a otras agencias para colecciones y para las agencias de informes de crédito.

Certifico que he leído las condiciones anteriores de tratamiento. Entiendo y estoy de acuerdo con su contenido

Firma del Paciente o' Representante Autorizado del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Descripcion de Autoridad del Representante Personal (adjunte la documentación necesaria)

SEGURO MEDICO vs PLANES DE RUTINA de la VISION

Los planes de visión de rutina como VSP, Community Eye Care, Vision Superior, Eyemed, Opticare y otros proporcionan cobertura para un examen básico de examen de la vista para asegurar la salud de sus ojos y para comprobar la necesidad de anteojos y contactos. Los beneficios varían según el plan específico, pero los planes de visión rutinarios NO cubren un diagnóstico médico.

Si durante el curso de su examen se descubre que tiene un problema médico como alergias oculares, enrojecimiento, ardor, picazón, sequedad, infección, glaucoma, cataratas, diabetes, dolores de cabeza o cualquier otro problema o queja relacionada con los ojos no ser capaz de tratar a usted bajo su política de rutina. Tratamos estos problemas médicos bajo su seguro médico, que generalmente tiene un co-pago más alto o deducible.

Sabemos que su tiempo es valioso, y nos gustaría cuidar de todos sus cuidados oculares durante una visita. Sin embargo, a veces esto no es posible. Algunos problemas médicos interfieren con nuestra capacidad para adaptarse adecuadamente a gafas o contactos hasta que se resuelva el problema. En este caso, con gusto le programaremos para un examen de rutina tan pronto como sea posible. Si usted tiene una condición médica que no permite una nueva prescripción de gafas, lo haremos con mucho gusto mientras esté aquí.

Nota: Su plan de visión específico o seguro médico puede no cubrir un ajuste de anteojos (refracción) cuando se realiza durante una visita médica. En este caso, usted será responsable del costo de la refracción, además de sus co-pagos médicos. Cualquier cantidad que usted es responsable de es debido en el momento del servicio.

Nos esforzamos por ofrecer el mejor cuidado para sus problemas particulares, ya sean rutinarios o médicos.

Al firmar esta declaración, usted acepta que ha leído y entiende la diferencia en cobertura para su plan de rutina de visión y seguro médico.

Firma

Fecha

Nombre impreso

HISTORIAL MEDICO (ESPAÑOL)

Nombre: _____ Apodo: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Doctor Regular: _____ Doctor de Referencia/Oficina : _____

Farmacia: _____ Direccion/Calle : _____

Raza: Indio Americano o' Alaska Asiatico Afro Americano
 Hawaiano o' Otras Islas Pacificas Blanco Otro

Etnicidad: Hispano No Hispano

Lenguaje de Preferencia: Ingles Frances Italiano Japones Portugues
 Russo Espanol

Allergias: Reaccion

_____ leve / moderado / severo
_____ leve / moderado / severo
_____ leve / moderado / severo
_____ leve / moderado / severo

Historia Ocular : (Porfavor note todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Saludable	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Hipermetropia	<input type="checkbox"/> Miopia
<input type="checkbox"/> Ambliopia	<input type="checkbox"/> Retinopatia Diabetica	<input type="checkbox"/> Iritis	<input type="checkbox"/> Neuritis Optica
<input type="checkbox"/> Aphakia	<input type="checkbox"/> Ojos Secos	<input type="checkbox"/> Queratocono	<input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina
<input type="checkbox"/> Astigmatismo	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Degeneracion Macular	

Otro: _____

Cirugia Ocular: (Porfavor note todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Ninguna cirugia ocular previa	<input type="checkbox"/> Extraccion de cuerpo extrano	<input type="checkbox"/> Tapones	<input type="checkbox"/> Trabeculectomia (Cirugia de Glaucoma)
<input type="checkbox"/> Blefaroplastia	<input type="checkbox"/> Cirugia de laser a la retina	<input type="checkbox"/> RK	<input type="checkbox"/> Vitrectomia
<input type="checkbox"/> Cirugia de Cataratas	<input type="checkbox"/> LASIK	<input type="checkbox"/> Cirugia de Estrabismo	
<input type="checkbox"/> Transplante de Cornea	<input type="checkbox"/> PRK		

Otro: _____

Enfermedades Oculares: (Porfavor note todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Saludable	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Hypotiroidismo	<input type="checkbox"/> Sjogrens
<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Enfermedad Graves
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/> Esclerosis Multiple	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo
<input type="checkbox"/> Arthritis			

Otro: _____

Medicamento Actual para los Ojos: (Porfavor note todos)

Enfermedades Sistemicas: (Porfavor note todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Saludable	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Enfermadad Respiratoria
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Hipertension (Presion Alta)	<input type="checkbox"/> Lupus
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol Elevado	<input type="checkbox"/> Migraina
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Polimialgia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiatrico
<input type="checkbox"/> Trastorno de Coagulacion	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Piedra de Rinon	<input type="checkbox"/> Cancer de la Piel
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Perdida de la Audicion	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Higado	<input type="checkbox"/> Ataque Fulminante
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroide			

Otro: _____

Cirugias Generales/Operaciones:

Porfavor continue al revés de esta pagina →

Medicamentos Actuales: (Porfavor note todos)

Infecciones: (Porfavor note todo lo que aplique)

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Saludable | <input type="checkbox"/> Herpes Simple | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> Histoplasmosis | <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Infeccion de Herida |

Otro: _____

Historia Familiar:

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Ataque |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Ojo perezoso | <input type="checkbox"/> TB |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon | <input type="checkbox"/> Degeneracion Macular | |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hipertension (Presion Alta) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la retina | |

Otro: _____

Historia Social: (Porfavor note todo lo que aplique)

- Fuma : Todos los dias Algunos dias Antes Nunca
- Uso de Alcohol: Si No Que frecuencia ? _____
- Uso de Drogas: Si No Que frecuencia y que tipo? _____

Revision de los Sistemas: (Porfavor note todo lo que aplique)

Ojos

- Cirugia Previa
- Contactos
- Dolor
- Vista Doble
- Glaucoma
- Cataratas
- Degeneracion Macular
- Ojos Secos
- Relampago
- Flotadores

Respiratorio

- Toz
- Congestion
- Resollar
- Asma

Sangre / Ganglios Linfaticos

- Moretones
- Sangran las encias facilmente
- Sangrado Prolongado
- Uso pesado de Aspirina

Oidos, Nariz, y Garganta

- Problemas de Audicion
- Zumbido en los Oidos
- Vertigo

Gastrointestinal

- Acidez
- Nausea / Vomito
- Ictericia / Hepatitis

MusculoSkeletal

- Rigidez
- Artritis
- Dolor en las articulaciones/ Inflamacion

Cardiovascular

- Dolor de Pecho
- Mareo
- Desmayos
- Falta de Aliento
- Ritmo Cardiaco Irregular
- Dificultad para permanecer acostado

Genito-Urinario

- Dolor / Dificultad
- Sangre en Orina
- Piedra de Rinon
- Enfermedad de Transmision Sexual

Piel

- Erupcion/Llagas
- Lesiones
- Eczema/ Urticaria

Psiquiatrico

- Ansiedad / Depresion
- Cambios de Humor
- Dificultad para Dormir

Neurologico

- Convulsiones
- Debilidad/ Paralisis
- Entumecimiento
- Temblores

Firma de Paciente/Padres: _____ Date _____