



10740 North Central Expressway, Ste 250, Dallas, TX 75231

**Doctora/Doctor que estás viendo hoy:**

\_\_\_ **Judith A Kirby MD**

\_\_\_ **Maheen Haque MD**

\_\_\_ **W Edward Culbertson OD**

Nombre:	<i>Inicial del Segundo nombre:</i>	<i>Apellido:</i>	Fecha de Nacimiento:	Ultimo quatro de Seguro Social SS:
Direccion:				
Telefono: _____ Celular / Residencial / Trabajo      Email: _____				
Telefono alternativo: _____ Celular / Residencial / Trabajo				
¿Cómo prefiere que lo contactemos para recordatorios de citas y retiros del mercado? <input type="checkbox"/> Llamadas de voz <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email				
Médico de cabecera:	Direccion:		Telefono:	
Medico remiente:			Telefono:	
Farmacia preferida:	Direccion:	Ciudad/Estado/Codigo Postal:	Telefono:	
Motivo de la consulta:				
Nombre y dirección del empleador:				
Ocupación:		Estado Marital:	Esposo/Esposa:	
Contacto de emergencia:	Telefono:		Relación:	
Seguro primario:		Política #:	Grupo #:	
Dirección de reclamaciones:			Telefono:	
Nombre del titular de la póliza principal:		Fecha de Nacimiento:	Ultimo quatro de Seguro Social SS:	
Seguro secundario		Política #:	Grupo #:	
Dirección de reclamaciones:			Telefono:	
Seguro de visión		Politica #:	Grupo #:	
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de Nacimiento:	Ultimo quatro de Seguro Social SS:	
Dirección de reclamaciones:			Telefono:	

Nombre de Pt: *(por favor imprimir)* \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos:**

**Medicamentos actuales:**

**Historia ocular:**  Cataratas  Glaucoma  Iritis Degeneración macular:  *Seco/Seca O*  *mojado/mojada*

Retinopatía diabética  Flotadores  Parpadea  Desgarro de retina  Desprendimiento de retina

Ambliopía (ojo vago)  Trastorno del músculo ocular  Ojos secos / lagrimeo

Otro/Otra \_\_\_\_\_

**Procedimientos oculares:**

Cirugía de cataratas Ojo \_\_\_\_\_ fechas \_\_\_\_\_

Cirugía refractiva  Lasik  RK Ojo \_\_\_\_\_ fechas: \_\_\_\_\_

Láser Ojo \_\_\_\_\_ fechas: \_\_\_\_\_

Razón del láser:  Diabetes  Desgarro / desprendimiento de retina  Degeneración macular húmeda

Inyecciones en los ojos Ojo \_\_\_\_\_ Fecha de la última inyección: \_\_\_\_\_

Cirugía del músculo ocular Ojo \_\_\_\_\_ fechas: \_\_\_\_\_

Trasplante de córnea Ojo \_\_\_\_\_ fechas: \_\_\_\_\_

Otro/Otra \_\_\_\_\_

**Historial médico:**

Diabetes A1c \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  Artritis Reumatoide  Sjogren's  Lupus

Aids/HIV  Colesterol  Trastorno psicológico  Hepatitis  Asma  COPD  Alta presión sanguínea

Enfermedad del corazón  Cáncer Tipo \_\_\_\_\_  Golpe  Trastorno de tiroides  Migrañas o dolores de cabeza

Vacuna contra la gripe sí o no Fecha en que se administró la vacuna \_\_\_\_\_

Vacuna para el COVID-19 sí o no Fecha en que se administró la vacuna \_\_\_\_\_

Otro/Otra \_\_\_\_\_

**Historia familiar (ocular):**  Cataratas  Glaucoma  Iritis Degeneración macular:  *Seco/Seca O*

*mojado/mojada* Diabetes  Retinopatía diabética

Flotadores  Parpadea  Desgarro de retina  Desgarro de retina  Ambliopía (ojo vago)  Trastorno del músculo ocular  Ceguera  Alta presión sanguínea  Enfermedad del corazón

Otro/Otra \_\_\_\_\_

**Historia social:**

Historia del tabaco (en caso afirmativo) Tipo: Cigarrillos Cigarro Pipa de puros Mascar/rapé Vapor de rapé

Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ Cantidad por día: \_\_\_\_\_ Si ha parado, cuando: \_\_\_\_\_



## TARIFA DE REFRACCIÓN Y NO APARECER / CANCELACIÓN

### Refracción

Una refracción (CPT - 92015) es el proceso y la medición de la potencia de la lente para determinar su mejor visión corregida y si hay necesidad de anteojos correctivos o lentes de contacto. Es una parte esencial del examen de la vista y es necesario escribir una receta para anteojos o lentes de contacto.

La refracción NO es un servicio cubierto por Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico. Estos planes consideran una refracción un servicio de "visión", no un servicio "médico". Debido a que no es un servicio cubierto para la mayoría de los planes, cobramos por separado por esa parte del examen.

Los planes de visión de rutina SÍ cubren la refracción y NO cobraremos la tarifa de refracción.

**La tarifa de nuestra oficina por una refracción es de \$75. Esta tarifa se factura a todos los pacientes nuevos y anualmente a todos los pacientes establecidos o si se solicitan varias recetas de anteojos NUEVOS durante un año.** Se cobra en el momento del servicio, además de cualquier copago, deducible y coseguro que su plan pueda considerar como su responsabilidad. Si su plan paga, le reembolsaremos en consecuencia. De acuerdo con nuestro contrato con su proveedor de seguros, somos responsables de cobrar y usted es responsable de pagar los cargos no cubiertos, copagos, deducibles o coseguro en el momento del servicio.

No podemos presentar reclamaciones sobre el plan de la vista médico y de rutina para la misma fecha de servicio.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (aplicable legalmente responsable)

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la paciente

### Política de cancelación o no presentación

Habrá una tarifa de \$30.00 por todas las citas que no se presenten o canceladas dentro de las 24 horas. La tarifa debe pagarse antes de reprogramar su cita. Si no puede hacer su cita, comuníquese con nuestra oficina y cancele con 24 horas o más de anticipación o se le cobrará esta tarifa. **Además, si usted es un paciente de la Dra. Judith Kirby y cancela o no se presenta a su cita 3 o más veces, se le pedirá que vea a uno de los otros médicos en la práctica.**

**Servicios de emergencias después de hora:** Hay una tarifa de bolsillo de \$ 100 que se le cobrará a un paciente que requiera servicios de emergencia fuera del horario de atención. Esta tarifa se pagará en el momento de los servicios junto con cualquier copago, coseguro y monto deducible.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (aplicable legalmente responsable)

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la paciente



## MÉDICO VS. VISIÓN DE RUTINA

Paciente: \_\_\_\_\_ Acct #: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Es este un examen médico o refractivo de rutina?

**Cobertura de rutina para la vista (refractiva):** Su plan de "visión" está diseñado para proporcionarle una evaluación de la vista de referencia y actualizar sus anteojos y lentes de contacto únicamente. No cubre exámenes médicos. Si el médico descubre un problema médico en los ojos durante un examen de rutina, le informará que su visita ahora es un examen médico y se facturará a su seguro médico. Puede optar por finalizar el examen de bienestar de rutina y regresar en una fecha posterior para el examen médico. Todos los exámenes oculares de rutina y los ajustes o evaluaciones de lentes de contacto se programarán con nuestra optometrista, Amy Dang, OD.

**Cobertura de examen médico de la vista:** Si tiene una afección ocular como, por ejemplo, diabetes; cataratas degeneración macular; glaucoma; ojos secos; problemas de córnea; dolor de ojo; etc., el examen se facturará a su seguro médico. Medicare y la mayoría de los planes médicos no pagan por una refracción (consulte la política de refracción). Los planes médicos no cubren materiales (anteojos o lentes de contacto).

**Responsabilidades del paciente:** Muchas compañías de seguros no pagan por un examen ocular de rutina. Muchos planes de seguros privados pagan exámenes oculares anuales. Es su responsabilidad verificar con su compañía de seguros la cobertura adecuada e informarnos antes de su examen de la vista. Por favor, comprenda que la cobertura de seguro de cada paciente varía y Kirby Eye Center no se hace responsable de conocer la cobertura de cada paciente.

Entiendo la información que acabo de leer sobre la diferencia entre el seguro médico y de la vista y autorizo a Kirby Eye Center a presentar mi reclamo ante el seguro apropiado según el motivo de mi visita y los resultados de mi examen.

➤ Estoy aquí por un: (un círculo)

**Refractivo de rutina**

**Examen médico**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación si no está firmada por el paciente



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Autorizo a mi médico y / o personal administrativo y clínico de Kirby Eye Center a divulgar información médica general y otra información médica protegida a las siguientes personas y / o entidades que se enumeran a continuación. Si no hay nadie en la lista a continuación, la información médica protegida no se divulgará excepto en las situaciones descritas en el Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre y parentesco de la (s) persona (s) a las que desea permitir el acceso: *(por ejemplo, su cónyuge, hijo, hija, hermano, cuidador, amigo)*

Nombre de la persona o entidad:

Relación:

---

---

---

Está bien dejar información detallada en ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

SOLO deje un número de devolución de llamada en ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Está bien enviar información detallada por correo a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recomendamos encarecidamente a los pacientes que se inscriban en el portal para pacientes de NextMD para una comunicación segura.**

\* Me han proporcionado un **copia de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)** a leer, comprender y dar mi consentimiento para el uso y la divulgación de información médica protegida sobre mí mismo para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

\* Me han proporcionado un **copia de la Política Financiera** leer. Entiendo que yo, el paciente o el representante del paciente, soy / soy responsable del pago de todos los cargos por el servicio prestado. También reconozco que la falta de pago de mi cuenta puede resultar en procedimientos de cobranza y el despido de la práctica.

\* Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones y autorizo la divulgación del pago de los beneficios médicos a mi (s) compañía (s) de seguros.

**Mi firma a continuación confirma que se me ha proporcionado la información adecuada, he leído, entendido y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

## POLÍTICA FINANCIERA Y PROCESOS DE FACTURACIÓN

- **Copago, coseguro y deducibles.** Es responsabilidad del paciente saber cuáles son sus copagos, coseguros y deducibles, y está obligado a pagarlos en el momento del servicio. El pago vence cuando se presta el servicio.
- **Cobertura del seguro:** Todas las tarjetas de seguro (médico y de la vista) deben presentarse en cada visita.
- **Servicios no cubiertos o cargos denegados:** Algunos cargos son servicios no cubiertos o se consideran de investigación, experimentales o no médicamente necesarios y la compañía de seguros puede rechazarlos y no pagarlos. Dependiendo de los resultados del examen o del diagnóstico, el médico puede sentir que estos servicios son necesarios, ya sea que la compañía de seguros los considere pagaderos o no. Es responsabilidad del paciente saber qué cubre o no su seguro y comprender que es financieramente responsable de pagar todos los servicios no cubiertos.
- **Servicios de emergencias después de hora:** Hay una tarifa de bolsillo de \$ 100 que se le cobrará a un paciente que requiera servicios de emergencia fuera del horario de atención. Esta tarifa se pagará en el momento de los servicios junto con cualquier copago, coseguro y monto deducible.
- **Refracciones:** Ver hoja de política de refracción
- **Planes de seguro participantes:** Si el consultorio no es un proveedor participante en el plan de seguro del paciente, el paciente será responsable de presentar sus propias reclamaciones y será responsable de pagar la totalidad en el momento del servicio.
- **Cheques devueltos y cuentas vencidas:** Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos por cobranza, multas e intereses. La práctica no acepta cheques posfechados.
- **Planes de visión:** La práctica exceptúa VSP, Eyemed y Superior Vision. No podemos y no facturaremos un examen de la vista al seguro médico y de la vista de un paciente por la misma fecha de servicio. Comprenda que la cobertura de seguro de cada paciente varía. El personal de Kirby Eye Center verifica el seguro de cada paciente lo mejor que puede y no se hace responsable de conocer la cobertura de cada paciente. Es responsabilidad del paciente comunicarse con su proveedor para verificar sus beneficios y ver si el proveedor / consultorio está en la red para su plan médico y de la vista. **No Show Appo Debemos saber esto antes de su examen ocular.**
- **Citas por no presentarse:** Citas canceladas dentro de las 24 horas de una cita o si no se presenta, se cobrará una tarifa de \$ 30.00 por acceso. Esta tarifa de \$ 30.00 debe pagarse antes de que podamos reprogramar su cita.
- **Cargos por cirugía:** La práctica le dará al paciente una cantidad estimada de honorarios médicos por los costos de la cirugía. Tenga en cuenta que esta es una estimación y no es una garantía de pago por parte de la compañía de seguros. Tenga en cuenta que cuando se realiza una cirugía, es posible que incurra en cargos adicionales del centro quirúrgico, el anestesiólogo, el laboratorio o el radiólogo. Estas instalaciones son instalaciones independientes que tienen sus propios procedimientos de facturación y facturación.
- **Autorizaciones / Referencias:** Algunos planes de seguro requieren que reciba una autorización previa de su médico de atención primaria (PCP) para los servicios de un especialista, revise su póliza para ver si existe tal requisito y obtenga esta autorización antes de su visita a nuestra clínica. Si no lo recibe, es posible que deba reprogramarlo o será completamente responsable de todos los cargos incurridos.
- **Envío por correo electrónico:** Kirby Eye Center no recomienda la comunicación por correo electrónico debido a que no es seguro. Si elige comunicarse a través de un correo electrónico no seguro que incluye información personal o médica, debe firmar un formulario de exención de responsabilidad que nos autoriza a comunicarnos con usted a través de un correo electrónico no seguro en lugar de un portal de mensajería seguro.
- **Tarifa de copia de expediente médico:** La oficina ofrece el uso de un portal seguro para pacientes para la comunicación y la recuperación de registros junto con el envío de faxes. Si un paciente elige NO usar el portal del paciente y quiere copias de los registros, habrá una tarifa de copia y envío por correo para los registros médicos. Tarifa de \$ 25.00 por las primeras 20 páginas y \$ 0.50 por cada página adicional. Esto debe pagarse antes de la publicación de registros.

Si desea una copia impresa de la política financiera, informe a la recepcionista.

## **Autorización del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida**

**Para tratamiento:** Su información médica puede usarse con tratamiento y servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que esté involucrado en su atención médica. Podemos compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que necesita, como recetas, análisis de laboratorio o pruebas de diagnóstico. Esto puede incluir miembros de la familia. También podemos divulgar su información médica para la compensación de trabajadores o programas similares. La divulgación de dicha información está controlada por las leyes estatales y / o federales. También podemos brindar información a alguien que ayude a pagar su atención. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que ayude en los esfuerzos de socorro en casos de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

**Para pago:** Podemos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que reciba se le facturen y se le cobre el pago a usted, una compañía de seguros o un tercero. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento..

**Recordatorios de citas:** Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que debe tener una cita o que tiene una cita programada para tratamiento o atención médica..

**Alternativas de tratamiento:** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Investigar:** En determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica con fines de investigación. Antes de que usemos o divulguemos su información médica a las personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante un proceso de aprobación de la investigación. Sin embargo, podemos divulgar su información médica a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas. Le pediremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o si participará en su atención.

**Según lo requiera la ley:** Divulgaremos su información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales. Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo sería para ayudar a prevenir la amenaza.

**Situaciones especiales:** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos. Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información médica a autoridades militares extranjeras. Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o realizar investigaciones especiales. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que nuestra oficina le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

**Sus derechos con respecto a la información médica sobre usted:** Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Para inspeccionar y copiar información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención, debe enviar su solicitud al gerente de la oficina. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.