

BIENVENIDO A LA INFORMACIÓN PARA PACIENTES DEL FRANK EYE CENTER 2026

Nombre del paciente _____
Último sufijo Primer segundo inicial Apodo

Dirección _____
Calle Apt Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Sexo: Hombre Mujer

Estado civil (círculo): Soltero Casado Divorciado Viuda/o

Email _____

Teléfono: residencial _____ teléfono celular _____ Trabajo _____
(Marque el número de contacto preferido)

Raza _____ Ethnicity (circle): Hispánico/Otros se prefieren no responder.

Lengua materna (círculo): Inglés Español Otro _____

Médico de Primaria _____ Dirección _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de contacto _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO PACIENTE

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Es esta una condición médica debido a un accidente?? SÍ NO En caso afirmativo, fecha del accidente _____

¿Cómo te enteraste de nosotros? Internet, Amigo, familia Doctor, Otro _____

Divulgación de información médica y declaración de aviso de prácticas de privacidad

Por la presente, autorizo a Frank Eye Center a liberar mi seguro o cualquier otro pagador externo a todos y cada uno de los información necesario para tramitar una reclamación en mi nombre. Autorizo a mi seguro a asignar mis beneficios directamente a Frank Eye Center. Su información médica es personal para usted por ley y Frank Eye Center está obligado a asegurarse de que se mantenga privada. Puede obtener una copia de nuestra política de privacidad si lo solicita.

Todos los servicios profesionales prestados corren a cargo del paciente. Se completarán los formularios necesarios para ayudar a acelerar los pagos de la compañía de seguros; Sin embargo, el paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro. También es costumbre pagar por los servicios cuando se prestan, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado.

AUTORIZACIÓN: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare/otras compañías de seguros se haga a mí o en mi nombre a Frank Eye Center, P.A. por cualquier servicio que me brinde esa parte que acepte la asignación/médico. Se aplican las regulaciones relacionadas con la asignación de beneficios de Medicare. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social y los Centros de servicios de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o aseguradoras cualquier información necesaria para esto o relacionada con un reclamo de Medicare u otra compañía de seguros. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta la cesión. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica o a cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento.

Firma del paciente _____ Fecha _____ O Firma del padre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años. Los pacientes menores de 18 años deben tener un padre/tutor presente en el examen O consentimiento por escrito/Formulario de consentimiento de menores.

POLÍTICA FINANCIERA DE EYE CENTER 2026

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Cobertura de seguro: Es su responsabilidad proporcionar a nuestra oficina información precisa para facturar su seguro en el momento del servicio. También es su responsabilidad saber si su visita está cubierta por su plan de seguro primario en su totalidad, parcialmente o no está cubierta en absoluto. Por ejemplo, es posible que esté cubierto por su plan de atención médica primaria y por servicios oftalmológicos adicionales con una compañía diferente. Es su responsabilidad saber si tiene una cobertura separada. Si, en el momento del servicio, usted no nos proporciona su cobertura actual y nos informa tarde de la cobertura adicional, usted será responsable de todos y cada uno de los cargos. Con gusto le proporcionaremos un recibo detallado para que lo envíe a su seguro para su reembolso. La información de este tipo solo es 100% precisa si la obtiene directamente de su plan de salud. En caso de que no confirme esta información y el asegurador rechace el pago total o parcial, usted será responsable del costo de los servicios prestados.

Información sobre el seguro médico:

Primario _____

Seguro

Nombre del Asegurado

Asegurado Fecha de Nacimiento

Secundario _____

Seguro

Nombre del Asegurado

Asegurado Fecha de Nacimiento

Visión _____

Seguro

Nombre del Asegurado

Asegurado Fecha de Nacimiento

Exámenes de anteojos y lentes de contacto

Los exámenes de anteojos y lentes de contacto son exámenes separados. Si desea ambos exámenes en su visita, se le cobrará una tarifa de adaptación de lentes de contacto de \$ 45.00. Es posible que las tarifas de adaptación de lentes de contacto no estén cubiertas por su plan de seguro. Requerimos que esta tarifa se pague en el momento del servicio.

Los montos adeudados por

Los copagos del seguro del paciente se cobrarán en el momento del servicio. Si no participamos con su plan de seguro, usted debe proporcionar el pago completo en el momento del servicio. Si está utilizando un seguro, haremos todo lo posible para cobrar tarifas completas y precisas específicas para su plan. Sin embargo, si hay una tarifa que cobra su seguro y no la recogimos en el momento en que se realizó el pedido, debe pagarse en su totalidad antes de que se dispensen las gafas o los lentes de contacto.

Montos determinados como "no cubiertos"

En el caso de que un plan de salud determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo. Un ejemplo de esto es la refracción. Una refracción es una prueba para obtener la mejor visión corregida, para determinar la necesidad de anteojos, cirugía y/o medicamentos. La mayoría de los planes de seguro médico, incluido Medicare, no cubren las refracciones. Nuestra oficina cobrará la tarifa de refracción de \$35.00 y cualquier copago en el momento del servicio.

He leído y entiendo las políticas financieras de Frank Eye Center.

Firma del paciente (o responsable)

Fecha