



Documentos para Pacientes Nuevos

Querido paciente,
¡Nos alegra que haya seleccionado nuestra práctica para el cuidado de sus ojos! Descargue, imprima y complete todas las páginas de este documento y tráigalas con usted a la hora programada de su cita. Las primeras cuatro páginas son para su revisión y las páginas restantes son consentimientos para traer con usted. Si tiene preguntas sobre su cita, llame al 888-626-2020 | Opción 1.

Nuestra Misión:
Preservar el Regalo de la Visión y Mejorar las Vidas
~ Un Paciente a la Vez.



¡Bienvenido a Nuestro Consultorio!

Nos honra que nos haya elegido como su proveedor del cuidado de la visión. Nuestra misión como práctica es preservar el regalo de la visión y mejorar las vidas ~ un paciente a la vez. Nuestra práctica se compromete a brindarle la atención y el servicio de la más alta calidad, de manera puntual y respetuosa. ¡Usted y su visión son nuestro enfoque y nuestro objetivo es mantener sus ojos lo más saludable posible!

Éstas son un par de cosas a tener en cuenta para su primera visita:

Hora de llegada: no llegue antes de los 15 minutos de la hora programada de su cita. No registraremos a pacientes antes de 15 minutos previos a su cita.

Invitados que lo acompañen: haremos todo lo posible para permitir que sus invitados lo acompañen durante su visita. Sin embargo, debido al espacio limitado en nuestras áreas de espera y salas de examen pequeñas, sólo una persona podrá unirse a usted en nuestra clínica. Cualquier otro invitado deberá esperar en nuestra área del lobby.

Tiempo en la oficina: planifique estar en nuestra oficina por dos horas. El periodo de tiempo varía dependiendo de las pruebas necesarias. Las citas pediátricas pueden demorar un poco más, según las afecciones oculares. Haremos todo lo posible para que su cita sea lo más eficiente posible, pero también queremos que esté preparado para esperar el tiempo necesario para que eso suceda.

Qué esperar: ¿Por qué una visita al oftalmólogo toma tanto tiempo? Para empezar, somos un consultorio médico especializado, lo que significa que todos nuestros doctores son médicos (MD). Eso significa que hacemos una revisión del historial de salud y un examen ocular. Nuestro personal y médicos trabajan en equipo para realizar el proceso de evaluación necesario para los pacientes y garantizar una atención ocular de calidad. Hay una variedad de pruebas y posible dilatación ocular que se incluyen en ese proceso.

Refracción ocular: esta es una prueba necesaria en la que el potencial visual del ojo es determinado. Esta importante prueba le permite al médico saber si la disminución en su visión se debe a un proceso de enfermedad o simplemente a la necesidad de anteojos actualizados. Si su visita es por problemas de visión, esta prueba es necesaria y se realizará. Es posible que su seguro no cubra esta prueba. Si no está cubierta, usted será responsable del cargo de \$ 45.00 al momento de su visita. Este cargo no es un copago, por lo que el copago también se deberá pagar al momento de su visita.

Seguros que no cubren refracciones oculares *: BCBS Federal, BCBS (Plan de salud estatal), Champva, Humana Medicare, Medicare, Suplementos de Medicare (GEHA y Tri care for Life permiten algún beneficio), Self-Pay, Railroad Medicare, United Healthcare Medicare.

** Para todos los demás planes no mencionados anteriormente, el cargo se presentará primero a la compañía de seguros y luego se facturará al paciente si hay un saldo adeudado.*

Visita de rutina vs. médica (¿Qué significa eso?): Deberá firmar una exención en su visita que indique su elección del tipo de examen. Una visita de rutina se reclama por medio de su seguro de VISIÓN. Esta visita incluye un examen de la vista y una nueva prescripción para anteojos / lentes de contacto, si es necesario. Una visita MÉDICA se reclama a través de su seguro MÉDICO con el copago de especialista. Este examen es más completo y examina la salud del ojo. Si tiene alguna de las siguientes condiciones, su visita podría ser médica: glaucoma, cataratas, dolores de cabeza, visión borrosa, disminución de la visión, problemas de alineación ocular, diabetes, problemas de la retina, ojo seco, flotadores o líneas onduladas, visión doble o retrasos en el desarrollo.

Si viene para tratamiento, ha sido referido por otro médico (MD), o por alguna de las siguientes razones, su visita SERÁ MÉDICA: lesiones, quistes, orzuelos, irritación, infecciones, enrojecimiento o drenaje.

Comodidades:

- Ofrecemos WiFi para invitados en todas nuestras oficinas.
- Dispensario óptico en cada oficina de Graystone Eye
- Centro de estética médica de servicio completo en Hickory con una oficina satélite en Boone

Un par de cosas a tener en cuenta después de su primera visita:

Para su comodidad, tenemos un portal en línea para nuestros pacientes, solicitud de cita y una opción de comunicación por correo electrónico en nuestro sitio web www.graystone-eye.com, si alguna vez desea utilizar esas opciones.

¡Nuestro consultorio nunca será perfecto, pero eso no quiere decir que dejaremos de intentar serlo! Nosotros enviamos encuestas de 1 pregunta (no más de una vez al mes) por mensaje de texto. También enviamos encuestas de satisfacción por correo electrónico en busca de su opinión para ayudarnos a mejorar la experiencia como paciente. Tómese unos minutos para completar nuestras encuestas, de modo que podamos utilizar sus comentarios para mejorar nuestro futuro. Lo que usted opina realmente importa y puede ayudarnos a garantizar atención y servicios superiores para todos nuestros pacientes.

Para obtener más información sobre nosotros y nuestro consultorio, visite nuestro sitio web (www.graystone-eye.com) y vea la historia de Graystone Eye, así como algunas de las historias de nuestros pacientes.

¡Nos vemos en su próxima visita!

La **refracción ocular** es una prueba necesaria en la que se determina el potencial visual del ojo. Esta importante prueba le permite al médico saber si la disminución en su visión se debe a un proceso de enfermedad o simplemente a la necesidad de anteojos actualizados.

Si lo atienden por problemas de visión o si su visión mide menos de 20/20, esta prueba es **necesaria** y se realizará.

La refracción ocular puede que NO sea cubierta por su seguro médico.

Este cargo de \$ 45.00 es responsabilidad del paciente **en el momento en que se presta el servicio.** Si la refracción ocular está cubierta por el seguro del paciente, el cargo por la misma será registrado.

Esto no es un copago. Después de que su seguro responda, es posible que se le facturen otros cargos que no se cobraron al momento del servicio.

Seguros que NO cubren las refracciones oculares:

Blue Cross y Blue Shield Federal, Cigna (Planes Comerciales), Planes Humana y Humana Medicare, Medicare, Medicare y Supplement (ex: Bankers, AARP, etc), Private Pay/Self Pay y Railroad Medicare.

(Para todos los demás planes no mencionados anteriormente, el cargo se presentará primero a la compañía de seguros y luego se facturará al paciente si hay un saldo adeudado).

(Actualizado 9-2020)

¿Visita de Rutina o Médica?

Las visitas de **RUTINA** se reclaman por medio de su seguro de **VISIÓN**. Éstas incluyen un examen de la vista y una nueva prescripción para anteojos / lentes de contacto si es necesario.



Las visitas **MÉDICAS** se reclaman a través de su seguro **MÉDICO** con el copago de especialista. Este examen es más completo y examina la salud de sus ojos. Si tiene alguna de las siguientes condiciones, su visita podría ser médica.

- Glaucoma
- Cataratas
- Dolores de cabeza
- Visión borrosa
- Disminución de la visión
- Problemas de alineación ocular
- Diabetes
- Problemas de la retina
- Ojos secos
- Flotadores o líneas onduladas
- Visión doble
- Retrasos en el desarrollo

Si está aquí para un **TRATAMIENTO** o por cualquiera de los siguientes motivos, su visita también será **MÉDICA**:

- Lesiones
- Quistes
- Orzuelos
- Irritación
- Infecciones
- Enrojecimiento
- Drenaje
- Referido por otro MD

Si usted fue referido a Graystone Eye por otro médico, su visita será médica.



¿Visita de Rutina o Médica?

Día del Servicio: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Quiero usar mi **Seguro Médico** para la visita de hoy.

Plan de Seguro: _____

Copago/ Coseguro Estimado: _____ (costo adicional por examen ctl)

Firma del Paciente: _____

Quiero usar mi **Seguro de la Visión** para la visita de hoy.

**Cualquier evaluación médica requerirá un examen de seguimiento
para el tratamiento de la afección.**

Plan de Seguro: _____

Copago/ Coseguro Estimado: _____ (costo adicional por examen ctl)

Firma del Paciente: _____

No tengo Seguro de la Visión, pero quiero un examen de rutina.

**Cualquier evaluación médica requerirá un examen de seguimiento
para el tratamiento de la afección **

Estimado de pago vence: _____ (costo adicional por examen ctl)

Firma del Paciente: _____

Una vez se hace una reclamación a su seguro por el tipo de visita, no puede cambiarse.



Formulario de Consentimiento de Privacidad del Paciente

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad provee información sobre cómo podemos usar y divulgar información protegida de salud sobre usted. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia actualizada comunicándose a nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga su información protegida de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). El paciente entiende que:

- La información protegida de salud puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Graystone Eye tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene derecho a revisar estas políticas.
- Graystone Eye se reserva el derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho a restringir el uso de su información, pero Graystone Eye no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- Graystone Eye puede rechazar tratamiento sin la ejecución de este consentimiento.

Firma: _____

Relación con el Paciente (si no es paciente): _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

(Representante de la práctica)



Consentimiento para Liberar Información Protegida de Salud

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Debido a las regulaciones de HIPAA, ya no se nos permite divulgar información con respecto a su condición médica, diagnóstico, tratamiento o pronóstico a cualquier persona sin su consentimiento.

Usted puede designar a una o varias personas que pueden obtener esta información en su ausencia, por teléfono o en persona.

Si usted tiene un tutor legal o con poder notarial, solicitamos una copia del documento legal para incluirlo en sus records en Graystone Eye.

Es importante que nuestra oficina tenga registrada a la persona o personas designadas con quienes podemos divulgar su información médica. Enumere a continuación a la persona o personas designadas a las que le permitirá obtener esta información.

Puede divulgar la siguiente información:

- Médica Financiera No divulgar con nadie más que conmigo

Dar a conocer a:

Nombre: _____

Relación con paciente: _____

Nombre: _____

Relación con paciente: _____

Nombre: _____

Relación con paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

(Representante de la práctica)

Este documento permanecerá vigente indefinidamente a menos que se especifique por nota escrita.



Formulario de Consentimiento de Menor

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Si el paciente es menor de edad, complete el siguiente formulario de consentimiento y proporcione la información del padre o tutor.

Yo / Nosotros _____, padre(s) / tutor(es) de _____, por la presente solicito y autorizo a los médicos de Graystone Eye, o a la persona designada por ellos, a que realicen los servicios necesarios para mi hijo. Esto incluye, pero no se limita a, la dilatación de las pupilas, esté yo presente o no en la cita cuando se realice el tratamiento. Se entiende que este consentimiento será efectivo por un año a partir de la fecha de la firma más reciente, como se indica a continuación.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Si el padre / tutor no está disponible para firmar, se puede obtener una autorización verbal por teléfono. La siguiente información debe obtenerse del padre / tutor dando permiso para tratamiento.

Nombre Completo del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre Completo del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Paciente / Tutor: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Póliza Financiera del Paciente

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Gracias por elegir a Graystone Eye para sus necesidades del cuidado ocular. A continuación se encuentra nuestra política financiera; le pedimos que la lea y firme antes de recibir los servicios.

EL COPAGO DEL PACIENTE DEBERÁ SER PAGADO AL MOMENTO DEL SERVICIO.

Responsabilidad del Paciente

Como paciente de Graystone Eye, usted es financieramente responsable de cualquier servicio que no esté cubierto por su seguro médico (que incluye copagos, coseguros y deducibles). Estas cantidades se cobrarán en el día de su cita. Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, American Express, Care Credit y todas las tarjetas de débito de las cuentas de ahorro de salud.

- *Algunos planes de seguro médico, incluyendo Medicare, no cubren refracciones oculares (medida tomada para determinar la necesidad de anteojos o cambio de prescripción).*
- *Si actualmente usa o desea comenzar a usar lentes de contacto, se aplicará un cargo adicional por el ajuste de lentes de contacto, el cual debe pagarse al momento del servicio.*

Para facturar a su compañía de seguros debemos tener su información actualizada, como su tarjeta de seguro y sus datos de facturación. Verificaremos esta información en cada visita.

Si tiene una cita programada y tiene un saldo pendiente, se espera que pague su saldo o establezca arreglos de pago con nuestro departamento de facturación antes de ser atendido. La falta de pago de los saldos pendientes podría resultar en ser dado de alta de nuestra práctica.

Muchos planes de seguro requieren un referido / autorización para los servicios prestados. Deberá obtener este referido / autorización antes de ser atendido en nuestra oficina.

Pacientes Menores

Para todos los servicios prestados a pacientes menores, el padre o tutor del paciente es responsable del pago.

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago conforme a mi contrato de seguro es correcta. Autorizo a que los beneficios del seguro por los servicios prestados se realicen en mi nombre a Graystone Eye. Autorizo a cualquier titular con información médica sobre mí a que libere mi información a mi compañía de seguros y a sus agentes para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

También autorizo a Graystone Eye a acceder mi historial de medicamentos.

Firma del Paciente

Fecha

Página | 10

Rev.5.10.17AS



Política de Descuento de Pago Privado

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nuestra Política de Descuento de Pago Privado extiende un descuento a pacientes que no tienen beneficios de seguro médico o de visión. Las pautas de esta política son las siguientes:

Cargos médicos facturados y ajustados por el Descuento de Pago Privado por cualquier procedimiento realizado en la oficina deben ser pagados en su totalidad en o antes del día del servicio. De lo contrario, no se otorgará el descuento al paciente. Si no se recibe el pago completo, el descuento se eliminará de la cuenta del paciente y el cargo original será responsabilidad del paciente.

Cargos médicos facturados y ajustados por el Descuento de Pago Privado por cualquier procedimiento realizado en el hospital o centro quirúrgico deben ser pagados en su totalidad en o antes del día del servicio. De lo contrario, no se otorgará el descuento al paciente. Si no se recibe el pago completo, el procedimiento puede reprogramarse o cancelarse.

La Política de Descuento de Pago Privado no incluye servicios o productos ópticos.

Graystone Eye se reserva el derecho a cambiar esta política en cualquier momento.

Al firmar esta exención, el paciente comprende la Política de Descuento de Pago Privado extendida por Graystone Ophthalmology Associates.

Firma: _____

Relación con el Paciente (si no es paciente): _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____
(Representante de la práctica)



Exención de Responsabilidad por Servicios No Cubiertos o Aviso del Proveedor por Servicios Médicamente Innecesarios

PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Servicios No Cubiertos

Hay servicios que Medicare y otras compañías de seguros no cubren. Esto no significa que estos servicios no sean importantes para usted. Sólo significa que su póliza de seguro no los incluye en su cobertura.

Los siguientes son ejemplos de algunos de los servicios proporcionados por Graystone Eye que son, o pueden ser considerados, servicios no cubiertos por su compañía de seguros. Se espera que usted pague por estos servicios:

- Lentes de contacto
- Refracción ocular
- Exámenes de la vista de rutina
- Cirugía cosmética
- Cirugía refractiva
- Paciente de Managed Care que no obtuvo autorización del médico primario
- Otro: _____

Acepto que soy personalmente responsable del pago de éstos y cualquier otro servicio no cubierto que reciba en Graystone Eye.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

(Representante de la práctica)

Aviso del Proveedor por Servicios Médicamente Innecesarios

Medicare sólo pagará los servicios que se determinen como “razonables y necesarios” bajo la sección 1862 (a) (1) de la ley de Medicare. Si Medicare determina que un particular servicio, aunque de otro modo estaría cubierto, “no es razonable y necesario” según los estándares del Programa de Medicare, Medicare negará el pago de ese servicio. Creemos que en su caso es probable que Medicare niegue el pago de _____ por las siguientes razones: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Acuerdo del Beneficiario

Mi médico me ha notificado que él / ella cree que, en mi caso, es probable que Medicare niegue el pago de los servicios identificados anteriormente por las razones indicadas. Si Medicare niega el pago, acepto ser personal y totalmente responsable del pago.

Firma del beneficiario de Medicare: _____ Fecha: _____



Cuestionario para Pacientes

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Médico Familiar: _____ **Referido por:** _____

Email: _____

Razón de su visita: _____

¿Sufre de?	Sí	No	
Visión borrosa a distancia	_____	_____	3. Medicamentos actuales para los ojos
Problemas para ver al conducir	_____	_____	
Visión borrosa de cerca	_____	_____	_____
Visión doble	_____	_____	_____
Dolores de cabeza	_____	_____	4. Medicamentos actuales (con y sin prescripción médica)
Dolor ocular	_____	_____	
Ojos rojos	_____	_____	_____
Flotadores	_____	_____	_____
Ojos secos	_____	_____	_____
Destellos	_____	_____	_____
Lagrimo	_____	_____	_____
Comezón	_____	_____	_____
Otros problemas:	_____		

5. ¿Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes trastornos?

	Sí	No	Fecha/ Tipo/ Tratamiento
Enfermedad de la tiroides	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____
Accidente cerebrovascular	_____	_____	_____
Enfermedad cardíaca	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____
Trauma	_____	_____	_____
Cirugía previa	_____	_____	_____

Padecimientos de los ojos:

Cataratas	_____	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	_____
Degeneración macular	_____	_____	_____
Ojo cruzado o vago	_____	_____	_____

6. ¿Ha experimentado usted alguno de los siguientes síntomas en los pasados 5-7 días?

	Sí	No		Sí	No
Fiebre	_____	_____	Dolor al orinar	_____	_____
Dolor de pecho	_____	_____	Insomnio	_____	_____
Sed excesiva	_____	_____	Hematomas	_____	_____
Salpullido en la piel	_____	_____	Alergias ambientales	_____	_____
Dolor de garganta	_____	_____	Dolor de articulaciones	_____	_____
Dificultad al tragar	_____	_____	Mareo	_____	_____

7. ¿Alguno de sus parientes de sangre tiene?

	Sí	No
Glaucoma	_____	_____
Ojo cruzado o vago	_____	_____
Degeneración macular	_____	_____
Diabetes	_____	_____

Si es así, ¿quién en la familia?

8. Usa usted:

	Sí	No
Productos de tabaco	_____	_____
Productos de alcohol	_____	_____

¿Cuánto / por cuánto tiempo?

9. Mencione cualquier alergia médica y el tipo de reacción a cada una:

10. Ocupación:

¿Alguna vez lo ha examinado un médico de Graystone en alguna de nuestras ubicaciones?

Sí _____ No _____

Si contestó sí, ¿hace cuánto tiempo aproximadamente? _____