



Retina Eye Specialists
Raghu C. Murthy, MD, FACS
www.retinaeye.com

1936 Huntington Dr, Suite A, South Pasadena, CA 91030
435 N. Bedford Dr, #PHW, Beverly Hills, CA, 90210
(626) 202-2446 (310) 275-4949 Fax: (626) 795-0121

FECHA: _____

¿POR QUÉ USTED ESTÁ AQUÍ HOY ? _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? __ DOCTOR __ INTERNET __ AMIGO __ OTRO

REFERIDO POR: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEG. NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMINETO: _____ TELÉFONO: _____

CELLULAR: _____ E-MAIL: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ NUMERO DE LICENCIA: _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____

TELÉFONO DE TRABAJO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____

MÉDICO PRIMARIO: _____ CIUDAD: _____ TELÉFONO: _____

OFTALMÓLOGO: _____ CIUDAD: _____ TELÉFONO: _____

FARMACIA: _____ CALLE: _____ CIUDAD: _____ TELÉFONO: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE ESTA USANDO: _____

¿ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? _____

¿TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MÉDICAS? (SÍ o NO)

HIPERTENSIÓN (S / N) COLESTEROL ALTO (S / N) DIABETES (S / N)

¿TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS? (MARQUE OJO IZQUIERDO O DERECHO)

FLOTADORES (I / D) DESTELLOS DE LUZ (I / D) CORTINA SOBRE VISION (I / D)

VISIÓN BORROSA (I / D) DISMINUCIÓN DE VISTA (I / D) VISION ONDULADA (I / D)



Retina Eye Specialists
Raghu C. Murthy, MD, FACS
www.retinaeye.com

1936 Huntington Dr, Suite A, South Pasadena, CA 91030
435 N. Bedford Dr, #PHW, Beverly Hills, CA, 90210
(626) 202-2446 (310) 275-4949 Fax: (626) 795-0121

Reconocimiento de la Responsabilidad Financiera

Los pacientes asegurados:

Nosotros aceptamos las asignaciones de seguros y presentamos su reclamo de seguro para usted, sin embargo, usted sigue siendo responsable de todos los co-pagos, co-seguros, deducibles y/o el equilibrio como es requerido por su plan de seguro específico. Usted está obligado a llevar la tarjeta de seguro a cada visita. Todos los co-pagos y co-seguro se deben en el momento del servicio. Todos los pacientes menores de 18 años de edad deben estar acompañados por un adulto que es responsable de pagos adicionales, co-seguros y los deducibles. Vamos a tratar de obtener una aprobación previa para los tratamientos y los procedimientos de la compañía de seguros que, sin embargo, si la compañía de seguros se niega a pagar por cualquier razón, usted es el responsable de los honorarios de los tratamientos y procedimientos.

Si su seguro primario no cubre los medicamentos que se utilizan en la oficina, usted es responsable por el pago de los medicamentos no cubiertos por el seguro.

Por favor, anote su información de su seguro a continuación.

SEGURO MÉDICO: Sí No EMPRESA: _____

¿ES USTED EL SUSCRIPTOR PRIMARIA? Sí No

SI NO, POR FAVOR ESCRIBIR EL NOMBRE DE SUSCRIPTORES DE PRIMARIA Y FECHA DE NACIMIENTO;

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: _____

IMPORTANTE:

Como una cortesía vamos a presentar una reclamación a su compañía de seguros. Si esa afirmación se devuelve con un cargo por un deducible, usted es responsable de pagar esa cantidad en su totalidad. La cantidad varía en función de su póliza de seguro. También puede haber un co-seguro que le obliga a pagar un cierto porcentaje de los gastos totales. Su co-seguro de la cantidad también varía en función de su póliza de seguro. Por favor, consulte con su compañía de seguros para verificar las cantidades de acuerdo a su política.

Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por servicios recibidos de **Retina Eye Specialists** sean o no pagados por mi seguro. Si usted tiene un deducible que no han cumplido, por la presente autorizo al médico y/o su personal a toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____



Retina Eye Specialists
Raghu C. Murthy, MD, FACS
www.retinaeye.com

1936 Huntington Dr, Suite A, South Pasadena, CA 91030
435 N. Bedford Dr, #PHW, Beverly Hills, CA, 90210
(626) 202-2446 (310) 275-4949 Fax: (626) 795-0121

HIPAA Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y el control de su información demográfica, que puede identificarlo y que se refiere a su salud física y mental pasado, presente o futuro y los servicios médicos relacionados.

Usos y Divulgación de Información de Salud Protegida

Su PHI puede ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar la operación de el médico de la práctica, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento

Vamos a utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios relacionados. Esto incluye la coordinación y la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, podríamos divulgar su PHI, según resulte necesario, a una agencia de salud en el hogar que proporciona cuidado a usted. Por ejemplo, su PHI puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago

Su PHI se utilizará, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de salud. Por ejemplo, obtener la aprobación de un hospital permanece puede requerir que su PHI sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de atención médica

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, las actividades de evaluación de la calidad, las actividades del empleado, la formación de los estudiantes de medicina, de concesión de licencias, y la conducción o planificación de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a los estudiantes de medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar un signo en la hoja en la mesa de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indicar a su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su PHI sin su autorización en estas situaciones: como exige la ley, las cuestiones de salud pública como lo requiere la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud, el abuso o negligencia, los alimentos y las necesidades de medicamentos de administración, los procedimientos judiciales, policiales, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, la investigación, la actividad criminal, la actividad militar y de seguridad nacional, la compensación del trabajador, los presos, los usos y las revelaciones requeridas. Según la ley, debemos poner en conocimiento de usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500. Otros usos permitidos y requeridos y revelaciones se harán sólo con su consentimiento, autorización o posibilidad de oponerse menos que sea requerido por la ley.

Mi firma abajo es el reconocimiento de que el anuncio HIPPA de nuestras prácticas de privacidad se ha recibido, leído y entendido por mí.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____