

# Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Género  Masculino  Femenino Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Guardián o Tutor (Si aplica): \_\_\_\_\_ Fecha de Último Examen Visual: \_\_\_\_\_  
Nombre de Doctor de Cabecera : \_\_\_\_\_ Fecha de Último Examen Médico: \_\_\_\_\_

## Seguro de Vista

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Proveedor de seguro: \_\_\_\_\_  
No. de miembro del asegurado: \_\_\_\_\_ No. de grupo del asegurado: \_\_\_\_\_

## Seguro Médico Primario

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Proveedor de seguro: \_\_\_\_\_  
No. de miembro del asegurado: \_\_\_\_\_ No. de grupo del asegurado: \_\_\_\_\_

## Consentimiento de Tratamiento Médico

Los doctores de Nationwide Vision están autorizados para efectuar tanto exámenes de rutina para los ojos, como exámenes médicos. Queda usted informado que si el día de hoy se le efectúa un examen de rutina para los ojos y que conforme a lo siguiente: historial familiar, enfermedades y/o problemas médicos actuales, dolencia principal, resultados a consecuencia de exámenes preliminares o condición diagnosticada durante el transcurso de los exámenes, el doctor pudiera aconsejar efectuar un examen médico aparte de un examen de rutina, así como otros exámenes adicionales. El doctor le informará a usted durante el transcurso del examen si se determina que necesita un examen médico. En el caso de que usted necesite un examen médico, queda usted informado que no tiene cobertura médica bajo el examen de rutina para los ojos por parte de su póliza de seguro para la vista. Los exámenes médicos son facturados por medio de su seguro médico principal y están sujetos a los co-pagos, deducibles y co-seguro los cuales deberán ser liquidados al efectuarse el servicio. En caso de que yo no este de acuerdo a que el doctor efectúe los exámenes médicos, yo entiendo que es mi responsabilidad informar al doctor inmediatamente para que este me envíe con el médico o especialista apropiado.

## Contrato Financiero

Por medio de la presente, autorizo a cualquier persona o institución que preste sus servicios a proporcionar toda la información con respecto a este reclamo. Autorizo el pago de mis beneficios de cobertura de la vista a Nationwide Vision. Autorizo a Nationwide Vision depositar los cheques/pagos que yo reciba en mi cuenta por los servicios proporcionados. **Estoy de acuerdo que si mi empleador, póliza de seguro o compañía de seguros niega el pago total o parcial de mi reclamo, yo seré la persona responsable a pagar cualquier cuenta pendiente.** En caso de que sea necesario enviar mi cuenta a una agencia de cobro por incumplimiento de pago por los servicios proporcionados a mi o a mi familia, yo/nosotros estamos de acuerdo a pagar los intereses de 1.5% por mes/18% por año, aparte de los cargos de la agencia de cobro. Y en el caso de que se presentara una demanda legal, estoy/estamos de acuerdo a pagar los honorarios de abogado, cuotas administrativas y otros gastos que el juzgado determine. He leído las "Condiciones de Servicio" al reverso de ésta página y como el paciente, representante autorizado del paciente o agente general por el propósito de firmar este documento, yo por la presente acepto estas condiciones. **La autorización obtenida al efectuarse el servicio no garantiza el pago y cualquier servicio que la compañía de seguros se niegue a pagar será cobrado al paciente.**

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

I have received my previous Medical History Questionnaire and there are no changes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Initial Date Initial Date

I have initial / dated next to any changes from my previous visit.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Initial Date Initial Date



Favor de leer las condiciones de servicio en la parte posterior de esta hoja

# CONDICIONES DE SERVICIO DE NATIONWIDE VISION

---

---

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO:** Por la presente doy mi consentimiento a cualquier procedimiento de rutina, tratamiento médico o servicios efectuados por esta institución bajo las instrucciones generales y especiales por parte del Optometrista que me atiende.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Sujeta a regulaciones estatales y federales Nationwide Vision y/o el doctor pueden proporcionar toda o cualquier parte de los registros obtenidos del paciente a cualquier persona o corporación que es o pudiera ser responsable bajo un contrato con el Optometrista, a un miembro de la familia o empleador del paciente por todo o parte de los cargos del proveedor, incluyendo tales pero no limitados a hospitales o compañías de servicio médico, agencias de compensación laboral, fondos de asistencia pública y a todo auditor autorizado así como se especifica en las normas de la compañía aseguradora y médicos que hacen las referencias.

**ACUERDO PARA PAGAR CON CHEQUES:** Estoy de acuerdo en pagar un cargo por servicios por la cantidad de \$25.00 por cada cheque o cualesquier otro tipo de pago emitido por mi y que haya sido devuelto a Nationwide Vision. Además estoy de acuerdo a cubrir todos los costos y gastos, incluyendo honorarios de abogado incurridos en caso de que el cheque, giro bancario o giro postal emitido haya sido devuelto.

**CERTIFICACIÓN DE SEGURO MEDICARE/MEDICAID DEL PACIENTE:** Yo certifico que la información proporcionada por mi al solicitar el pago bajo los Titulos XVIII y XIX de la Ley del Seguridad Social es correcta. Yo autorizo a cualquier titular de información médica u otro tipo de información personal a ser proporcionada a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios o aseguradores cualquier información necesaria para procesar el reclamo. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea efectuado en mi nombre directamente emitido a Nationwide Vision por sus gastos y por cualquier otro cargo por parte del médico el cuál esta institución autoriza a cobrar por los servicios proporcionados.

**AUTORIZACIÓN PARA TRICARE/TRIWEST:** Yo solicito el pago de los beneficios autorizados a este establecimiento por los servicios que se me brindaron, incluyendo los servicios por parte del Optometrista que yo autorizo cobrar en conexión con estos servicios.

**ACUSE DE RECIBO Y NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS SOBRE PRIVACIDAD:** Por este medio declaro que he leído y entendido la Política de Prácticas Sobre Privacidad de esta institución.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Por este medio, autorizo a Nationwide Vision a proporcionar cualquier información y procedimientos médicos recibidos por la atención médica y diagnóstico final, así como la información incluida en esta forma a mi compañía de seguros.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA CUENTA:** Entiendo que cualquier individuo nombrado en la primer página y que se le pueda asumir razonablemente como tal, tendrá autorización para obtener parte o toda la información referente a esta cuenta. Esto pudiera incluir, más no limitado a la información médica relacionada a cualquier persona nombrada en la cuenta así como la información financiera y transacciones. **Además, si existen individuos a los que no autorizo el acceso a mi información, yo se lo notificaré por escrito al Oficial de Cumplimiento HIPPA de la institución.**