

## FORMATOS PARA EL NUEVO PACIENTE

Complete todas las secciones a continuación y lea nuestra política financiera, luego firme y feche. Lleve estos formularios completos a su primera cita.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre de pila \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Seguridad social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

¿Deja un mensaje? Si \_\_\_ No \_\_\_      ¿Deja un mensaje? Si \_\_\_ No \_\_\_      ¿Deja un mensaje? Si \_\_\_ No \_\_\_

#### **RAZA:** *marque uno*

Indio americano o nativo de Alaska     Negro o afroamericano     Hawaiano o isleño del pacífico  
 Otra     Desconocido/no especifica     Blanco     Asiático

#### **ETNICIDAD:** *marque uno*

Hispano o latino     No hispano o latino     Desconocido/no especifica

### COMPENSACIÓN LABORAL *(si corresponde):*

¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No      Si es así, complete a continuación:

Transportista de compensación laboral \_\_\_\_\_ Fecha del accidente \_\_\_\_\_

Número de reclamo \_\_\_\_\_

Nombre de contacto \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

### MÉDICO REFERENTE

Razón de la visita \_\_\_\_\_

Nombre del médico remitente/optometrista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**FRONT OFFICE USE ONLY:**

**Front Office Initials** \_\_\_\_\_

**Date Received** \_\_\_\_\_



## POLÍTICAS FINANCIERAS Y AUTORIZACIÓN

Lea la siguiente información antes de ver al médico, esto es para eliminar cualquier confusión con respecto a la política financiera de nuestra oficina.

**Medicare:** nuestro médico participa en Medicare. Estaremos encantados de enviar cualquier reclamo a Medicare y cualquier reclamo de medigap **una vez** por usted. Si no tiene ninguna cobertura secundaria o complementaria, será responsable del 20% de lo que no cubra Medicare. Existen ciertas pruebas y/o procedimientos que Medicare no cubre, de los cuales se le notificará y será responsable del pago en el momento de la visita.

**Medicaid:** nuestro médico participa en Medicaid; presentaremos reclamaciones por usted. Se espera que pague cualquier copago en el momento de la visita.

**HMO y PPO:** presentaremos reclamos por usted siempre que participemos en su plan. Usted será responsable de los copagos, deducibles o servicios que no estén cubiertos en el momento de su visita. **Si su plan requiere una remisión o autorización de su médico de atención primaria, usted será responsable de obtenerla antes de su visita.**

**Pago privado:** usted será responsable del pago completo el día del servicio. Llame a nuestro departamento de facturación para obtener información al **303-261-1592**.

### AUTORIZACIÓN DE FIRMA DE SEGURO

En los casos en que se presenten reclamos de seguros, se debe completar el siguiente formulario. Para que podamos presentar un reclamo en su nombre y solicitar el pago de los beneficios del seguro para mí o para la parte que acepta la asignación, entiendo que yo, el paciente, soy responsable del pago de las facturas enviadas y de cualquier saldo no pagado por el seguro. Una copia de esta firma es tan válida como el original.

**Reconocimiento del paciente y consentimiento** del aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida: He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida. Doy mi consentimiento para que Colorado Retina Associates, P.C. utilice o divulgue mi información médica personal para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad para la información médica protegida.

**He leído la política financiera anterior, la Autorización de firma de seguro/Medicare y el Reconocimiento y consentimiento del paciente del Aviso de prácticas de privacidad para la información médica protegida completamente; entiendo y acepto esta política.**

### FIRMA REQUERIDA

**Firma del paciente** (si es mayor de 18 años)  \_\_\_\_\_ **Fecha**  \_\_\_\_\_

**Menores:** Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del tutor), doy mi consentimiento legal para Colorado Retina Associates, P.C. para brindar atención médica a mi hijo \_\_\_\_\_.

**Firma del padre/tutor legal:**  \_\_\_\_\_ **Fecha**  \_\_\_\_\_



**SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia número uno:**

**Nombre de contacto** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje?    \_\_\_ Si    \_\_\_ No

**Contacto de emergencia número dos:**

**Nombre de contacto** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje?    \_\_\_ Si    \_\_\_ No

**Contacto de emergencia número tres:**

**Nombre de contacto** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje?    \_\_\_ Si    \_\_\_ No

**FIRMA REQUERIDA**

**Firma del paciente** *(si es mayor de 18 años)*  \_\_\_\_\_ **Fecha**  \_\_\_\_\_

**Menores:** Yo,  \_\_\_\_\_ (nombre del tutor), doy mi consentimiento legal a Colorado Retina Associates, P.C. Ponerse en contacto con los contactos de emergencia anteriores para divulgar/discutir/programar los registros médicos de  \_\_\_\_\_ (nombre del niño) de mi hijo, información médica personal y / o información financiera. Firma del padre / tutor

**Firma del padre /tutor legal:**  \_\_\_\_\_ **Fecha**  \_\_\_\_\_