

Ronald S. Oser, M.D.
Marcie Oser Wertlieb, M.D.
Julie G. Gutmark, M.D.

14201 Laurel Park Drive, Suite 208
Laurel, MD. 20707

Phone: (301)498-6661

Fax: (301)498-8030

REGISTRO DE PACIENTES

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE

INFORMACIÓN PERSONAL:

Fecha de hoy _____

Nombre _____ # de Seguro Social _____/_____/_____

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ Edad _____ Hombre Mujer

Dirección _____ Tel. de Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Tel. de Trabajo _____

Estdo Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Tel. de Celular _____

Ocupación _____ Correo Electrónico _____

Nombre de su Doctor primario _____ # De Oficina _____

¿Quien lo(a) refirió a nosotros? (Por favor circule su elección)

Médico Hospital Amigo(a) Pariente Otro

Nombre del Médico remitente _____ # De Oficina _____

Información de su seguro:

Seguro Primario _____ Seguro Secundario _____

de Poliza _____ # de Poliza _____

de Grupo (si está disponible) _____ # de Grupo (si está disponible) _____

La relación al asegurado: Ser Esposo(a) Hijo(a) La relación al asegurado: Ser Esposo(a) Hijo(a)

Nombre del asegurado _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Yo autorizo el pago de beneficios de seguro (incluyendo la parte B de Medicare) directamente a Laurel Eye Physicians. Yo autorizo al médico a dar cualquier información necesaria para procesar esta solicitud. También entiendo que soy responsable por todos los cargos y el tratamiento rendido por Ronald S. Oser, MD, PA.

Firma _____

Fecha _____

¿Cuál es el motivo de su visita? _____

Antecedentes Oculares:

¿Tiene antecedentes de problemas en los ojos? (trauma, cirugía. Infecciones) Sí No
¿Cuál?

¿Usted usa anteojos? Sí No Si contesta sí, cuántos años tienen? _____

¿ Dónde los compró? _____ ¿Está satisfecho(a) con sus lentes? Sí No

¿ Usted usa lentes de contacto? Sí No

¿Dónde los compró? _____ ¿Está satisfecho(a) con ellos? Sí No

¿Sabe usted la prescripción de sus lentes de contacto? Sí No

¿Qué marca son sus lentes de contactos? _____

Curva base/radio(BC) _____ Potencia esférica(PWR), Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____

Su Salud Actual:

¿Tiene actualmente alguna enfermedad y está recibiendo tratamiento? Por ejemplo, (presión arterial alta, enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, artritis, etc.)

Hospitalizaciones: Por favor escriba su hospitalizaciones más recientes, si tiene alguna, por debajo.

Año	Operación/Enfermedad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos: ¿Está usted tomando algún medicamento? Sí No (recetados y medicamentos sin receta)

Alergia: ¿Es usted alérgico a algún medicamento o látex? Sí No
¿En caso afirmativo, cuáles medicamentos?

Antecedentes Familiares y Personales:

Tiene usted o ha tenido algún pariente de sangre cercano: (por favor indique sí o no y quién)

Glaucoma Sí No ¿Quién?

Diabetes Sí No ¿Quién?

Degeneración Macular Sí No ¿Quién?

Migraña Sí No ¿Quién?

Presión Arterial Alta Sí No ¿Quién?

Enfermedades Cardíacas Sí No ¿Quién?

Cáncer Sí No ¿Quién?

¿Maneja? Sí No

¿Toma alcohol? Sí No ¿En caso afirmativo, cuánto? _____

¿Fuma? Sí No ¿En caso afirmativo, cuánto y cuando empezó a fumar? _____

Ronald S. Oser, M.D., P.A.
Marcie O. Wertlieb M.D.
Julie G. Gutmark, M.D.
14201 Laurel Park Drive, Suite 208
Laurel, MD 20707
Phone: 301-498-6616
Fax: 301-498-8030

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Yo _____, acepto la responsabilidad legal de pagar puntualmente todos los cargos cuando se le facture por el paciente nombrado arriba. Esto incluye los copagos, deducibles, co-seguro y los servicios no cubiertos.

- Yo certifico que la información que han reportado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta.
- Yo autorizo la información necesaria, incluyendo la información médica para este o cualquier reclamación relacionada, al nombre del agente de cuenta por encima y/o compañía de seguro.
- Yo permito que una copia de esta autorización puede ser utilizado en lugar del original.
- Yo autorizo a Laurel Eye Physicians solicitar los beneficios de mi parte por los servicios cubiertos.
- Solicito que el pago de mi portador de seguro sea hecho directamente con el proveedor anterior.
- Yo autorizo al proveedor de arriba utilizar los datos médicos relacionados con el tratamiento para los estudios estadísticos.
- He recibido una copia de las prácticas de "Aviso de Prácticas de privacidad", que proporciona una descripción detallada de cómo mi información personal de salud es utilizada y divulgada.

TENGA EN CUENTA: ES SU RESPONSABILIDAD traer SU TARJETA(S) DE SEGURO A CADA VISITA , UNA REFERENCIA si es necesaria y PAGAR EL COPAGO AL MOMENTO DEL SERVICIO.

Fecha

Paciente o Representante Legal

Gracias por permitirnos participar en sus necesidades de salud

Laurel Eye Physicians
Ronald S. Oser, M.D., P.A.
Marcie O. Wertlieb, M.D.
Julie G. Gutmark, M.D.

NUESTRA POLIZA FINANCIERA

Nos hemos comprometido a proveerle el nivel más alto de servicio y atención médica de calidad. Si usted tiene seguro médico, nos esforzaremos por ayudar a que usted reciba sus beneficios máximos permitidos. Con el fin de alcanzar estas metas, necesitamos su asistencia y comprensión de nuestra póliza financier. Sin embargo, cualquier y toda responsabilidad financier recae en el paciente.

Nuestra oficina participa con la mayoría de planes de seguros. Proveemos cuidado **Médico** oftálmico a nuestros pacientes y **exámenes rutinarios del ojo**. Nonosotros no participamos con la mayoría de planes de seguro de la vision (VSP/ Davis Vision, etc.) **Si usted tiene un plan de atención médica que requiere una referencia para consultar a un especialista, debe obtener una referencia para que su consulta médica sea cubierta por su seguro médico.** Si usted no tiene la referencia válida y todavía desea ser visto por el Médico, se le pedirá pagar por la visita antes de su examen. **El examen de refracción (medicion de lentes recetados) no está cubierto por la mayoría de las compañías de servicios de serguro, incluyendo Medicare. Si usted recibe una prescripción para lentes, se le cobrará \$55.00 que se abona al momento de la visita. Todas las visitas y compras de lentes de contacto deben ser pagados en el momento del servicio.**

Es la responsabilidad del paciente/ los padres/ guardian:

- Estar familiarizado con los beneficios de su plan de seguro, incluyendo los co-pagos, co-seguros y los deducibles.
- Traer todas sus tarjetas de seguro actual para todas las visitas.
- Proveer a nuestra oficina con información actual, incluyendo su dirección, número de teléfono y empleador.
- De acuerdo con su contrato de seguro, debe estar preparado para pagar su co-pago en cada visita. Si usted no paga sus co-pagos en el momento de la visita, se le cobrará un cargo adicional de **\$10.00 de facturación**. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de tarjetas de crédito principales.

Apreciamos pagos puntuales en su totalidad por cualquier balance pendiente. Si su cuenta es entregada a nuestra agencia de cobranza, usted se compromete a pagar las tarifas impuestas por la agencia de cobro paracobrar la cantidad adeudada. Cualquier pago de cheque que no sea aceptado por el banco estará sujeto a un cargo de \$50.00 por cheque devuelto.

Para todos los servicios rendidos a los menores de edada/ pacientes dependientes, vamos a mirar hacia el adulto que acompañaal paciente y /o el padre o tutor con quien vive el niñp para el pago. En caso de separación o divorcio, al presenter las tarjetas de seguro para un dependiente inscrito en un suscriptor que no sea usted, por favor, prepares para dar el nombre, dirección número telefónico, fecha de nacimiento y número de seguro social de la otra persona. Le pedimos que informe al suscriptor que su seguro ha sido utilizado.

Habrá un cargo de \$50.00 si usted no se presenta a las citas programadas o si cancela el mismo dia de su cita. Emergencias legítimas serán tomadas en consideración.

He leído y entiendo la poliza financier anterior.

Firma del paciente/guardian/padre o madre

Fecha

Escriba el nombre del paciente

Fecha

Reconocimiento de los pacientes respecto a Servicio de refracción de ojos y la cuota

- ✓ Una refracción es el proceso de determinar su mejor visión corregida y si hay una necesidad de lentes correctivos o lentes de contacto.
- ✓ Una refracción no es un servicio cubierto por Medicare o la mayoría de los planes de seguro. Estos planes consideran una refracción un servicio de la “visión” no un servicio “Médico”.
- ✓ La tarifa de esta oficina para la refracción es colectado en el momento del servicio, además de cualquier copago que su plan de seguro require. Nuestra tarifa por la refracción es \$55.00.

Precauciones después de la dilatación

Puede que sea necesario dilatar sus pupilas durante el curso de su examen ocular o tratamiento. La dilatación temporalmente puede causar sensibilidad a la luz y la incapacidad de ver bien a corta distancia o larga distancia por unas pocas horas. Ofrecemos de forma gratuita lentes de sol desechables o insertos oscuros para sus anteojos . El paciente debe utilizar lentes de sol y tener cuidado para caminar y subir o bajar escaleras. Se recomienda evitar manejar o operar maquinaria peligrosa mientras esté dilatado(a).

Lentes de contactos, la evaluación y el pago

Si usted está teniendo un examen ocular y usa lentes de contacto, nuestro equipo profesional estará evaluando sus lentes de contacto actuales para determinar su estado actual. El costo de este servicio es colectado, además de la cuota para un examen de los ojos sin lentes de contacto.

He leído y entiendo la información anterior. Acepto toda la responsabilidad financier por el costo de una refracción y/o evaluación de lentes de contacto, si lo hubiere, y entiendo que el pago se debe al momento del servicio. Entiendo que cualquier copago, coseguro o deducible que tenga son separados de y no incluidos en cualquier cuota de la refracción o cuota de la evaluación de los lentes de contacto.

Nombre del paciente

Fecha

La relación al paciente

Firma del paciente (Adulto legalmente responsable del menor de edad)

Firma del testigo

Ronald S. Oser, M.D.
Marcie O. Wertlieb, M.D.
Julie G. Gutmark, M.D.
14201 Laurel Park Drive, Suite 208
Laurel, MD 20707
301-498-6616

Autorizacion de Informacion

Yo, _____ autorizo a la oficina mencionada que comunique mi informacion de salud los sugientes miembros de la familia o representante personal:

Nombre _____ Relacion de paciente _____

Direccion _____

Cuidad, Estado, Zip _____

Numero De Telefono _____

Nombre _____ Relacion de paciente _____

Direccion _____

Cuidad, Estado, Zip _____

Numero De Telefono _____

Paciente Nombre _____

Paciente Firma _____

Fecha _____