



## Formulario de inscripción

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Mi: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: M/F Estado civil: Soltero/casado/ Otros SSN \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Por favor marque el método de contacto preferido: Casa #/Cell #/trabajo # **¿está bien dejar un mensaje de voz?** Sí/no

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

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

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Si desea que actualicemos a su doctor que lo a referido o su doctor primario sobre su estado médico, por favor llene esta información**

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Referido por el Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **Información de la farmacia para mandar prescripciones electronicas:**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ ciudad: \_\_\_\_\_

Farmacia teléfono #: Farmacia \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**Como cortesía enviaremos sus prescripciones directamente a su farmacia antes de que finalice su visita.**

### **Información del seguro**

Seguro primario: \_\_\_\_\_

Secundaria Seguro: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Nombre del titular de la póliza:** \_\_\_\_\_

Política Titulares Name: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ S#: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### **Información de la parte responsable (para menores)**

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Inicio #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Raza:

Étnico:

### **¿Cómo se enteró de nosotros:**

Blanco/caucásico  
Afro-americano  
Indio americano  
Otros

Nativo de Alaska  
Asiáticos no hispanos o latinos  
Desconocido

Amigo/Familia: \_\_\_\_\_ Internet: \_\_\_\_\_  
Doctor: \_\_\_\_\_ Médicos teléfono \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

### **Política de refracción (prescripción de lentes)**

Las exámenes del ojo tienen dos partes, el examen médico y la refracción. La refracción es la medida tomada para determinar si hay una necesidad de usar lentes. Las refracciones se pueden hacer por su examen rutinario (planes de visión) o exámenes médicos (seguro médico). *La mayoría de los seguros médicos incluyendo Medicare no pagan por refracciones. Nosotros cobramos \$75.00 por la refracción.*

**Firma de los pacientes o tutor:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





## Políticas financieras:

**Refracción** Los exámenes del ojo tienen dos partes, el examen medico ocular y la refracción. La refracción es el examen para determinar si hay una necesidad de usar lentes y si es así, **su prescripción de lentes**. Las refracciones son cubiertos por su Plan de Vision. La mayoría de los seguros medicos, incluyendo Medicare, no pagan por refracciones. No aceptamos planes de visión por lo tanto, **cobramos \$0.00 por la refraccion**.

**Planes de HMO/referidos:** Los planes administrados por el gobierno requieren un referido válida en el momento del servicio. Es nuestra política que los pacientes son responsables de obtener su referido necesaria para cualquier visita de la oficina de su doctor primario. El referido debe estar a la mano en el momento del examen. Aceptamos referidos por fax de la oficina del su doctor primario. Si usted no tiene un referido en el momento de su visita, su cita puede ser reprogramada hasta que usted obtenga un referido. Por su cortesía, usted puede firmar un formulario de extensión y ser requerido a presentar una referido dentro de 48 horas de su cita. El referido es su responsabilidad. Si usted decide ser visto sin un referido o no nos informa de cualquier cambio en su cobertura de seguro medico, número de grupo, o número de identificación, usted es responsable por cualquier cargo adeudado en su totalidad en el momento del servicio.

**Preguntas de facturación/Pagos:** Póngase en contacto con Carrie en nuestra oficina de facturación (301) 762-0459

**Sin Seguro Medico:** Si usted no tiene seguro medico, le pedimos que haga sus pagos en el momento del servicio. Si su tratamiento es extenso, o usted requiere cualquier tipo de procedimiento incluyendo procedimientos refractivos, ofrecemos el 0% de financiamiento hasta por 12 meses con Care Credit. Un programa de credito de segunda mano.

**Cancelaciones:** Le pedimos que mantenga las citas programadas y llegue a tiempo. Cancelaciones de menos de 24 horas antes de su cita, o si no se presenta para su cita se traducirá \$40. Si usted va a llegar tarde por favor notifiquenos lo antes posible para que podamos intentar hacer las adaptaciones apropiadas. Si tiene más de 15 minutos de retraso, se le puede pedir que re programe su cita.

**Formulario del MVA:** Cobramos \$25.00 para los formularios del MVA o cualquier otro formulario que requiere la firma del doctor. Este servicio no será facturado a su cuenta o a su compañía de seguros. El pago es requerido antes de que se libere el formulario (s). Se proporcionará un recibo en el momento del pago.

**Solicitud de expedientes médicos:** Las solicitudes de copias de los expedientes médicos deben hacerse por escrito o llenando nuestro formulario de Liberación de Expedientes Médicos. Copias de los registros médicos se pueden hacer por \$25.00.

**Accidente de Trabajo:** Deberá traer la siguiente información: número de caso; Dirección de la empresa de reclamación; Nombre y número de teléfono de contacto de la persona asignada a la reclamación. Si no tiene esta información, se le hará responsable el costo del examen y se le reembolsará cuándo se obtenga la información.

**LASIK y PRK:** Estas son cirugias refractivas apropiado para pacientes que quieren libertad de lentes y contactos. Esto no es cubierto por el seguro medico, nosotros cobramos un deposito de \$150 para asegurar su fecha de cirugia, esto se aplicará al costo total de la cirugia. Esto se debe la hora de programar la cirujia.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y entendido las políticas de Shady Grove Ophthalmology.



**Anthony O. Roberts, MD**

9715 Medical Center Dr, Suite 502

Rockville, MD 20850

P: (301) 279-2770 F: (301) 294-5322

[www.ShadyGroveOphthalmology.com](http://www.ShadyGroveOphthalmology.com)

## **Consentimiento del paciente para el uso de información médica protegida**

Con mi consentimiento, Anthony O. Roberts, M.D. puede usar y revelar información de salud protegida sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Por favor refiérase al aviso de prácticas de privacidad de Anthony O. Roberts, de la oficina para una descripción más completa de tales usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Anthony O. Roberts, M.D. se reserva el derecho de revisar su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. *Se puede obtener un aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento durante su visita.*

Con mi consentimiento, Anthony o. Roberts, M.D. puede llamar a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a cualquier artículo que asista a la oficina en la realización de tratamiento, pago u otra operación de atención médica. Tales como post operatorio llamadas telefónicas, artículos de seguro o cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico.

Con mi consentimiento, Anthony o. Roberts, M.D. puede enviar por correo o fax a mi casa u otra ubicación designada cualquier artículo que asista a la oficina en la realización de tratamiento, pago o operación de atención médica , tales como declaraciones de pacientes.

Al firmar este formulario, estoy consintiendo a Anthony o. Roberts, M.D. oficinas de divulgación de mi información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago, u otras operaciones de salud.

Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la oficina ya haya hecho revelaciones en dependencia de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Anthony O. Roberts, M.D. puede declinar para proporcionarme el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
**Imprimir nombre del paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**He recibido una copia de la declaración de derechos del paciente**



# SHADY GROVE OPHTHALMOLOGY™

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ¡ Gracias por elegir Shady Grove Ophthalmology!

¿te refirió un médico a nosotros? \_\_\_si \_\_\_ no

Porfavor díganos quién le refirió:

Optometrista \_\_\_\_\_

Médico de cabecera \_\_\_\_\_

Especialista \_\_\_\_\_

¿ha oído hablar de nosotros de alguna de las siguientes maneras?

Por favor marque todos los que apliquen

\_\_\_ Facebook \_\_\_ sitio de calificación (yelp...etc)

\_\_\_ Google \_\_\_ Sitio web seguro/buscador médico

\_\_\_ Familia o amigo Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_ ZOC Doc \_\_\_ Washington Redskins

\_\_\_ Group On

¿visitó nuestro sitio Web antes de hacer su cita?

\_\_\_sí \_\_\_no

**¡Gracias!**