



OFICINA FINANCIERA Y POLÍTICA DE CITA

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Informarle con antelación sobre nuestra política de la oficina facilita una buena comunicación y nos permite alcanzar nuestros objetivos. Por favor, léala atentamente y, si tiene alguna pregunta, no dude en consultar con un miembro de nuestro personal.

Registro de pacientes

- Se requiere una copia de su tarjeta de seguro vigente, una identificación con foto válida y una verificación de domicilio en todas las citas. Usted es responsable de verificar que su dirección y seguro registrados sean correctos. Usted es responsable de cualquier saldo pendiente o cargo que surja si esta información no está actualizada.

Cancelaciones y Período De Gracia Tarde

- Las citas perdidas no solo le afectan a usted, sino también a otros pacientes que esperan ser atendidos. Si no puede asistir a su cita, necesitamos avisar con 24 horas de anticipación para cancelarla y así poder reservar tiempo para que otros pacientes la programen.
- Todas las citas deben confirmarse, a más tardar, el día anterior a la cita programada, antes de **las 12:00 del mediodía**. Si la cita no se confirma, se cancela.
- Para garantizar el flujo de pacientes programados para ese día, ACE ofrece un período de gracia de cinco (5) minutos para llegar tarde a su cita. Si llega después de los cinco (5) minutos, deberá reprogramarse para otro día.

Cobertura de seguro

- Como cortesía, ACE Eyecare verificará su cobertura y presentará las reclamaciones a su aseguradora principal y secundaria. Si la aseguradora secundaria no cubre el saldo adeudado de la aseguradora principal, usted será responsable del saldo restante de la cuenta.
- Se espera que los pacientes paguen todos los copagos, deducibles y coaseguros estimados al momento del servicio. Si no puede pagar su copago ni cualquier otra responsabilidad del paciente al momento del servicio, se le solicitará que re programe la cita.
- Si nuestros proveedores no participan en su plan de seguro, deberá abonar el total de su visita al momento de la misma.

Autorizaciones De Seguro Medico

- La autorización del seguro no garantiza el pago ni la programación de una cita. Es su responsabilidad comprender su plan de beneficios de seguro y saber si se requiere una referencia o autorización por escrito para ser atendido. A menudo se requiere una preautorización antes de los procedimientos y algunos tipos de citas. Le recomendamos encarecidamente que se comuniquen con su compañía de seguros antes de su cita para obtener información detallada sobre la cobertura de beneficios, las limitaciones de la póliza y los servicios no cubiertos.

Pagos

Si tiene algún formulario que deba ser completado y firmado por el proveedor, estará sujeto a una tarifa de \$35 por cada formulario.

Iniciales de la paciente o tutor

**Pacientes Menores**

- Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por uno de sus padres o tutores, a menos que cuenten con su consentimiento. Si se presenta una carta de consentimiento el día de la cita, esta debe estar fechada y la persona que figura en ella debe presentar una identificación con foto válida el día de la cita.
- El padre o la madre que dé su consentimiento para el tratamiento será el responsable de la cuenta y de todos los cargos, independientemente de si existe una sentencia de divorcio o separación.

Terminación/Alta De La Atención

- Las siguientes situaciones pueden poner en riesgo la relación paciente-proveedor, en cuyo caso ACE Eyecare despedirá o dará de baja al paciente de la clínica. Se le enviará una carta de despidio en caso de:
 - Paciente abusivo
 - Incumplimiento de obligaciones financieras
 - Lenguaje obsceno
 - Amenazas de cualquier tipo
 - Represalias en redes sociales

*Los pacientes que incumplan más de 3 veces consecutivas en un año serán dados de alta y remitidos a su médico de cabecera. Se notificará a su médico de cabecera y se requerirá una nueva derivación. Quedará a criterio de su médico volver a ser atendido en nuestro centro.

He leído y comprendido la Política financiera y de citas de ACE Eyecare Office y acepto cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que venza como se describe anteriormente.

Nombre y fecha de nacimiento del paciente (Por favor, escriba en letra de imprenta)

Firma del paciente o tutor

Fecha



PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient Name/Nombre: _____

SS# _____ **DOB/Fecha de nacimiento** _____ **Age/Edad** _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad: _____ **State/Estado:** _____ **ZIP Code/Código postal:** _____

Home Phone/Teléfono de casa: _____ **Cell Phone/Teléfono móvil:** _____

Gender/Sexo: _____ **Ethnicity/Etnicidad** _____ **Occupation/Ocupación** _____

EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA

Name/Nombre: _____ **DOB/Fecha de Nacimiento:** _____

Relationship to Patient/Relación con el paciente: _____

Phone/Teléfono: _____ **Address/Dirección:** _____

I certify that the information on this form is correct to the best of my knowledge.

Certifico que la información sobre esta forma es correcta al mejor de mi conocimiento.

Patient Signature / Firma Del Paciente: _____ **Date / Fecha:** _____

ACE EYECARE, Inc.

Patient Name/Nombre: _____ **DOB/Fecha de nacimiento:** _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I hereby assign all medical and/or surgical benefits to which I am entitled, including Medicare, private insurance, or any other health plans to ACE EYECARE, Inc. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure payment. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as an original.

I understand that I am financially responsible for all charges not paid by my insurance, including non-covered services—such as refraction and cosmetic procedures.

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro, incluyendo servicios no cubiertos, como procedimientos de refracción y cosmético.

Por la presente asignar todos los beneficios médicos o quirúrgicos que estoy titulado, incluyendo Medicare, seguro privado o cualquier otros planes de salud a ACE EYECARE, INC. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria para el pago seguro. Esta asignación se mantendrá vigentes hasta que se revocó por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada tan válida como la original.

Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro, incluyendo servicios no cubiertos, como procedimientos de refracción y cosmético.

AUTHORIZATION FOR THE USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I hereby authorize the use and disclosure of individually identifiable health information relating to me, which is called Protected Health Information (PHI), under a federal health privacy law. I further understand that my PHI may be used to carry out treatment, payment, or healthcare operations.

I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying ACE Eyecare, Inc in writing. I have received a copy of ACE Eyecare's Notice of Privacy Practices prior to signing this consent.

I understand I have the right to restrict how my PHI is used or disclosed by notifying ACE Eyecare, Inc of my wishes in writing.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de información de salud identificable individualmente relativas a mí, que se llama Información Protegida de la Salud (IPS), en virtud de una ley de privacidad federales de salud. Además, entiendo que mi IPS puede ser utilizado para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención a la salud. Yo entiendo que me puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación ACE Eyecare, Inc por escrito.

He recibido una copia del ACE Eyecare, Inc para Las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Tengo entendido que tienen el derecho de limitar cómo mi IPS es utilizado o revelado mediante notificación ACE Eyecare, Inc de mis deseos por escrito.

Patient Signature / Firma del Paciente

Date / Fecha

ACE EYECARE, Inc.

**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

Patient Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

I authorize ACE Eyecare Inc. to discuss my PHI with the following individuals. This may include information about my appointments, diagnoses, and treatments.
Autorizo a ACE Eyecare Inc. a discutir mi PHI con las siguientes personas. Esto puede incluir información sobre mis citas, diagnósticos y tratamientos.

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Phone/Telefono: _____ Relationship/Relacion: _____

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Phone/Telefono: _____ Relationship/Relacion: _____

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect for one year from the date of signature unless otherwise specified. I may revoke this authorization at any time by notifying ACE Eyecare in writing. My revocation will not affect actions taken by ACE Eyecare prior to its receipt.

I understand that once the information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient; federal and/or state privacy laws may or may not protect the re-disclosure. I understand that authorizing the disclosure of information identified above is voluntary, and this authorization is not intended to alter the patient's ability to receive medical care from any health care provider.

I have had the opportunity to read and to consider the contents of this authorization. I confirm that the contents are consistent with my direction.

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a ACE Eyecare por escrito. Mi revocación no afectará las acciones tomadas por ACE Eyecare antes de su recepción.

Entiendo que una vez que la información se divulga, el destinatario puede volver a divulgarla; Las leyes de privacidad federales y/o estatales pueden proteger o no la nueva divulgación. Entiendo que autorizar la divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario y que esta autorización no pretende alterar la capacidad del paciente de recibir atención médica de ningún proveedor de atención médica.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmando que los contenidos son consistentes con mis instrucciones.

Patient/Authorized Signature/ Firm Del Paciente _____

Printed Name (If not patient) _____ Date/Fecha _____



Request for Medical Records

I hereby authorize and request you to release my medical records to:

Ace Eyecare Center 1721 Westwind Dr. Suite B

Bakersfield Ca, 93301

Phone: 661-215-1006 Fax: 661-873-4290

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

This form is for use when such authorization is required and complies with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Standards.

**ADVANCED DIRECTIVE
AVANCE DIRECTIVO**

If you wish to provide a copy of your advanced directed or living will, a copy will be made for your medical record. The law does not require that patients have or make an advanced directive.
Si desea proporcionar una copia de sus instrucciones anticipadas o testamento vital, se realizará una copia de su expediente médico. La ley no requiere que los pacientes tengan o hagan una directiva anticipada.

- ☐ Yes, I have an Advanced Directive of which my family is aware; however, I do not have a copy to provide to ACE Eyecare today.
- ☐ Si, Tengo una Directiva Anticipada de que mi familia es consciente; Sin embargo, no tengo una copia para proporcionar how a ACE Eyecare.
- ☐ Yes, I have an Advanced Directive that I have provided to ACE Eyecare.
- ☐ Si, Tengo una directiva anticipada que he proporcionado a ACE Eyecare.
- ☐ No, I do not have an Advanced Directive
- ☐ No, No tengo una directiva anticipada

Would you like to receive information regarding Advanced Directives?

- ☐ No Yes
- Desea recibir información sobre un Directivo Anticipada
- ☐ No Si

Requested information provided:

☐ Yes, staff initials _____

- ☐ I understand that I have the right to receive or to refuse treatment as outlines in the Patient Self-Determination Act.
- ☐ Entiendo que tengo derecho a recibir o rechazar el tratamiento como se indica en la ley de autodeterminación del paciente.

The Self-Determination Act is an American Law passed by the U.S. Congress in 1990. It provides for adult patients to receive certain information about their rights under state laws governing advanced directives.

La Ley de Determinación libre es una ley Americana aprobado por el Congreso de los Estados Unidos en 1990. Proporciona a los pacientes adultos a recibir cierta información acerca de sus derechos bajo las leyes estatales que regulan las directrices anticipadas.

**PATIENT BILL OF RIGHTS
DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE**

I, or my representative have received verbal and written notice of my Patient Bill of Rights and Notice of Physician Financial Interest in advance of my date of procedure in a language and manner that I, or my representative understands.

Yo o mi representante, hemos recibido una notificación por escrito y verbal de mi Declaración de Derechos al Paciente y Aviso del Interés financiero del Médico antes de mi fecha procedimiento en un idioma o manera que yo o mi representante entiendo.

Patient Signature
Firma Del Paciente

Printed Name/ Date of Birth
Nombre Del Paciente/ Fecha de Nacimiento

Date
Fecha