



Registro de Paciente

Información del Paciente

Nombre: ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Otro

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Etnicidad: ☐ Hispano / Latino ☐ No Hispano / No Latino ☐ Otro ☐ Prefiere no responder

Raza: _____ Idioma Preferido: _____

Dirección: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Números de Teléfono:

- Casa: _____ ☐ El personal puede dejar mensajes detallados
- Celular: _____ ☐ El personal puede dejar mensajes detallados
- Trabajo/Otro: _____ ☐ El personal puede dejar mensajes detallados

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

Registro del Portal del Paciente

¿Está registrado en nuestro **Portal del Paciente**? ☐ Sí ☐ No Si no, ¿le gustaría registrarse? ☐ Sí ☐ No

Proveedor de Atención Primaria: Nombre/Clinica: _____ Teléfono: _____

Proveedor que lo refirió (si aplica): _____ Phone: _____

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Empleo: Empleador / Ocupación: _____ (Para pacientes menores de edad, indique la ocupación de los padres)

Información del Seguro

Seguro Primario: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: ☐ Self ☐ Child ☐ Spouse ☐ Other

Seguro Secundario: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: ☐ Self ☐ Child ☐ Spouse ☐ Other

Para verificar la cobertura rutinaria, proporcione el SSN del titular de la póliza (últimos 4 dígitos): _____

NVOA solo acepta Vision Service Plan (VSP). ¿Tiene VSP para su cuidado visual de rutina? ☐ SI ☐ NO

Nombre del titular de la póliza y últimos 4 dígitos de SSN: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación con la paciente: ☐ Self ☐ Child ☐ Spouse ☐ Other



Formulario de Historial Médico Pediátrico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de la Cita: _____

1. Historial Médico y Ocular:

Problemas oculares conocidos o tratamiento ocular previo: _____

Problemas médicos conocidos o cirugías: _____

Medicamentos actuales (incluya gotas para los ojos): _____

Alergias a medicamentos (indique el medicamento y la naturaleza de la reacción): _____

2. Revisión de Sistemas – Marque cualquier problema actual o pasado:

Historial del Paciente

¿Están presentes estos problemas en el paciente?

Sí	No	Explique
_____	_____	Corazón _____
_____	_____	Pulmones _____
_____	_____	Oídos/Audición _____
_____	_____	Riñones/Tracto urinario _____
_____	_____	Articulaciones/Huesos _____
_____	_____	Tumores _____
_____	_____	Genético/Metabólico _____
_____	_____	Nacimiento premature _____
_____	_____	Gastrointestinal _____
_____	_____	Neurológico _____
_____	_____	Conductual _____

Historial Familiar

¿Están presentes estos problemas en la familia?

Sí	No	Explique (¿quién los tiene?)
_____	_____	Estrabismo (ojos desviados) _____
_____	_____	Ambliopía (un ojo con visión deficiente) _____
_____	_____	Cirugía ocular durante la infancia _____
_____	_____	Cataratas tempranas _____
_____	_____	Glaucoma temprano _____
_____	_____	Tumor ocular _____
_____	_____	Uso temprano de anteojos con graduación alta _____
_____	_____	Problemas tempranos de la retina _____
_____	_____	Problemas de aprendizaje _____
_____	_____	Otros problemas oculares: _____
_____	_____	Retraso en el desarrollo _____

Información adicional del historial proporcionada por el padre/madre o tutor: _____

3. Estilo de Vida: *Si tiene 13 años o más*, ¿fuma? ☐ Sí ☐ NO | Edad en que comenzó: _____

4. Contactos: Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre y dirección de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico del responsable financiero del paciente: _____

NVOA STAFF ONLY

Reviewed by (Firma del Médico): _____

Fecha: _____



Polizas de la Practica

Poliza de Cancelación de Citas y Ausencias (No-Show)

Cargo por cancelación: Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación pueden estar sujetas a un cargo por cancelación el mismo día de **\$50.00**.

Cargo por ausencia (No-Show): No presentarse a una cita programada sin previo aviso se considera una ausencia y puede resultar en un cargo de **\$50.00**.

Cancelación del paciente por ausencias: Los pacientes que acumulen **tres (3) o más** ausencias pueden estar sujetos a la cancelación de su atención en el consultorio. Esta determinación queda a discreción del médico tratante.

Poliza de Tarifas por Liberación de Registros Médicos

Se aplica un cargo de procesamiento de **\$25.00** a todas las solicitudes de entrega de expedientes médicos, incluidas las presentadas por compañías de seguros de discapacidad y oficinas de abogados. Se aplica un cargo adicional de **\$10.00** por la entrega de fotografías de fondo de ojo (Fundus) a color y/o copias de resultados de OCT o Topografía.

Por ley, se requiere una autorización escrita y firmada por el paciente, padre/madre/tutor legal o apoderado antes de poder entregar los expedientes médicos.

Los cargos por entrega de expedientes pueden ser exonerados si:

- Se muda fuera del estado.
- Un proveedor de NVOA lo refiere a otro médico y se requiere la transferencia de sus expedientes.
- Ya no aceptamos su seguro médico.

Cargos por Completar Formularios

Si nuestros médicos deben completar formularios extensos, se aplicará un cargo de **\$25.00**.

La finalización de un **Formulario de Informe de Examen de la Vista del DMV** está sujeta a un cargo de **\$20.00**.

Poliza de Consentimiento para Menores

Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por un **padre/madre o tutor legal** al momento de la visita.

Si un padre/madre o tutor legal no puede asistir, un **adulto autorizado** puede acompañar al menor **únicamente si se ha presentado un Formulario de Consentimiento para Menores firmado antes de la cita**. Las citas serán reprogramadas si no se recibe la autorización correspondiente.

Los menores que lleguen sin un padre/madre, tutor legal o adulto autorizado no serán examinados ni tratados.

Citas Familiares el Mismo Día

Limitamos las citas el mismo día con el mismo médico a **dos (2) miembros de una familia**. Las solicitudes para programar a más de dos miembros de una familia el mismo día requieren **aprobación previa del médico**.

Poliza de Deducibles

Para los pacientes con seguro médico, cualquier **deducible pendiente** se cobrará al momento del servicio, hasta el monto permitido según el contrato de su seguro. Esta política se aplica **tanto a las visitas al consultorio y cirugías**.

Si el deducible no se cobra al momento de la visita, se agregará un **cargo de facturación de \$25.00** una vez que se procese la reclamación del seguro.

Si tiene preguntas sobre esta política, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación.

Responsabilidad de Facturación y Seguro

Los pacientes son responsables de comprender la cobertura de su seguro, incluidos los beneficios, referidos, copagos, deducibles y montos de coseguro.

Todos los saldos que sean responsabilidad del paciente, incluidos copagos, deducibles pendientes, coseguro y servicios no cubiertos, **deben pagarse al momento del servicio**. Los referidos requeridos deben proporcionarse el día en que se prestan los servicios.

Poliza de Refracción

La refracción es la medición utilizada para determinar si se necesitan anteojos o lentes de contacto. Si se realiza, se factura utilizando un **diagnóstico de rutina (no médico)**, como miopía, hipermetropía o astigmatismo. No es necesario emitir una nueva receta para anteojos para que se aplique este cargo. Si su seguro no cubre los servicios de refracción, usted será responsable del costo. El cargo estándar por refracción es de **\$70.00**. Este cargo puede ser mayor para pacientes con **seguro Aetna** debido a requisitos contractuales.

Poliza de Examen de la Vista

El examen de la vista evalúa la salud general de sus ojos y se codificará como:

- **De rutina:** No se identifican condiciones médicas de los ojos; o
- **Médico:** Presencia de condiciones como cataratas, glaucoma, ojo seco, visión doble, diabetes u otras enfermedades oculares.

La determinación del tipo de examen queda exclusivamente a criterio del médico que realiza el examen.

Autorización para Acceder al Historial de Medicamentos

Autorizo a NVOA a acceder y revisar electrónicamente mi historial de medicamentos, incluidas las recetas emitidas por proveedores que no pertenecen a NVOA, con el propósito de coordinar mi atención médica.

Uso de Escribas Médicos

Algunos médicos pueden utilizar escribas médicos remotos. Los escribas ayudan a documentar las partes pertinentes de la visita para garantizar que los expedientes médicos sean precisos y completos. Toda la documentación es revisada y aprobada por el médico antes de su finalización.

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo derechos relacionados con la privacidad de mi información médica protegida. Entiendo que mi información médica puede utilizarse para:

- Coordinar, planificar y administrar mi tratamiento entre los proveedores de atención médica.
- Obtener pagos de compañías de seguros u otros terceros responsables del pago.
- Llevar a cabo operaciones rutinarias de atención médica, incluidas evaluaciones de calidad y acreditación de proveedores.

Entiendo que puedo revisar el **Aviso de Prácticas de Privacidad de NVOA**, que explica estos usos y divulgaciones con mayor detalle. Reconozco que NVOA puede actualizar este aviso y que puedo solicitar una copia vigente en cualquier momento. Entiendo que puedo solicitar por escrito restricciones sobre el uso o la divulgación de mi información médica. Aunque NVOA no está obligada a aceptar dichas restricciones, cualquier limitación acordada será respetada.

Si desea incluir a alguien bajo su autorización de HIPAA, proporcione su nombre y relación con usted. Para los menores de edad, se debe incluir al padre/madre o tutor legal:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Yo, _____ (nombre del paciente), he leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas indicadas anteriormente:

Nombre del paciente (en letra): _____ Firma: _____

SI NO ES EL PACIENTE:

Nombre de la tercera persona (en letra): _____ Firma: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____



Acuerdo Financiero

Autorización

Autorizo a cualquier persona o entidad que tenga información médica o de otro tipo sobre mí a proporcionar dicha información a mi compañía de seguros con el propósito de procesar y resolver mis reclamaciones de seguro. Autorizo que los beneficios médicos sean pagados directamente a **Northern Virginia Ophthalmology Associates, P.C.** por los servicios prestados. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente por los servicios prestados que se determine que es mi responsabilidad. Esto incluye, entre otros, los servicios que mi seguro considere no cubiertos, las cantidades aplicadas a mi deducible, coseguro u otros montos que sean responsabilidad del paciente. Si no pago las cantidades adeudadas de manera oportuna, acepto reembolsar a NVOA cualquier cargo impuesto por una agencia de cobros, el cual podrá agregarse a mi cuenta al momento de ser enviada a cobro y podrá basarse en un porcentaje de la deuda, sin exceder el **35%**, así como todos los costos y gastos incurridos, incluidos los honorarios razonables de abogados.

Autorización para Mantener una Tarjeta Registrada (Si Corresponde)

Para los pacientes que opten por guardar una tarjeta registrada y que hayan sido aprobados para hacerlo, autorizo a NVOA a cobrar y almacenar de manera segura la información de mi tarjeta de pago. Asimismo, autorizo a NVOA a realizar cargos a la tarjeta registrada por las responsabilidades financieras del paciente, incluyendo cualquier cantidad adeudada después de los pagos del seguro o cualquier saldo pendiente.

Responsabilidades del Seguro y Referidos

Al firmar a continuación, reconozco y entiendo lo siguiente:

- Es mi responsabilidad proporcionar a NVOA una tarjeta de seguro vigente y un referido válido (si mi plan de seguro lo requiere) al momento de recibir los servicios. Si no puedo proporcionar esta información, mi cita puede ser reprogramada. Si decido mantener mi cita sin proporcionar esta información, acepto ser financieramente responsable de todos los cargos y de cualquier tarifa de cobro relacionada. Si mi plan de seguro requiere un referido y decido continuar con mi cita sin un referido válido, entiendo que puedo ser financieramente responsable de todos los cargos incurridos si no se recibe un referido válido dentro del plazo requerido.
- Es mi responsabilidad conocer el monto correcto de mi copago y/o deducible, el cual debe pagarse el día del servicio. Se aplicará un cargo administrativo de **\$25** por todos los copagos y/o deducibles que no se paguen al momento de recibir el servicio.
- Si mi póliza de seguro incluye un beneficio de **Punto de Servicio (POS)**, autorizo a NVOA a presentar una reclamación en mi nombre bajo mis beneficios POS. Entiendo que soy responsable de cualquier gasto que se determine que corresponde al paciente y que mis gastos de bolsillo pueden ser mayores que si se hubiera presentado un referido.
- Si tengo un **Plan de Acceso Abierto (Open Access)**, entiendo que no se requiere un referido y autorizo a NVOA a presentar una reclamación en mi nombre bajo mis beneficios de acceso abierto, entendiéndolo que soy responsable de cualquier gasto que se determine que corresponde al paciente.
- Si NVOA no participa en mi plan de seguro, autorizo a NVOA a presentar una reclamación en mi nombre bajo mis beneficios **fuera de la red (out-of-network)** y entiendo que mis gastos de bolsillo serán mayores que los que tendría con un proveedor dentro de la red.
- Si no soy elegible para recibir servicios de atención oftalmológica de rutina a través de mi proveedor de seguros, entiendo y acepto que seré responsable de todos los cargos incurridos.
- Pago Particular (**SELF-PAY**): Elijo recibir servicios sin cobertura de seguro y acepto pagar el costo total de los servicios médicos de hoy al momento de la visita.

Vigencia del Acuerdo

Entiendo y acepto que esta autorización y acuerdo de responsabilidad financiera será válido por un (1) año a partir de la fecha de la firma o hasta que NVOA realice cambios en sus políticas, lo que ocurra primero.

Reconocimiento y Firma

He leído, entiendo y acepto los términos establecidos anteriormente.

Nombre del paciente (en letra): _____ Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad:

Nombre del padre/madre/tutor legal (en letra): _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____



Exámenes Oculares de Rutina vs. Exámenes Oculares Médicos

Entendemos que la cobertura del seguro y la facturación de los exámenes oculares pueden ser confusas. Nuestro objetivo es ser transparentes para que usted sepa qué esperar con respecto a su visita y la facturación a su seguro.

Los exámenes oculares se dividen en **dos categorías: de rutina y médicos**. El tipo de examen se determina según el **motivo de su visita** y los **hallazgos del médico durante el examen**.

Exámenes Oculares de Rutina

Un examen ocular de rutina se realiza para evaluar la visión y actualizar la receta de sus anteojos o lentes de contacto.

Los exámenes de rutina generalmente corresponden cuando:

- **No presenta molestias ni síntomas oculares**
- **No tiene una enfermedad o afección ocular conocida ni está recibiendo tratamiento ocular actualmente**
- La visita es principalmente para corregir la visión

Los exámenes oculares de rutina generalmente se facturan a través del **seguro de visión**. Tenga en cuenta que **solo aceptamos Vision Service Plan (VSP)** para la cobertura de exámenes de visión de rutina.

Exámenes Oculares Médicos

Se requiere un examen ocular médico cuando existe una preocupación médica relacionada con los ojos.

Los exámenes médicos corresponden cuando:

- Presenta síntomas oculares como sequedad, dolor, enrojecimiento, lagrimeo, picazón, destellos de luz o manchas/flotadores en la visión
- Tiene una afección ocular conocida, incluyendo, entre otras, cataratas, glaucoma, degeneración macular, enfermedad ocular diabética o alergias
- El médico identifica una afección ocular médica durante su visita

Los exámenes oculares médicos se facturan a su **seguro médico**, de manera similar a otras consultas médicas.

Información sobre Seguros y Facturación

- Aceptamos **VSP** únicamente para exámenes oculares de rutina
- Si su visita se considera médica, o si se hablan o identifican problemas médicos relacionados con los ojos, su visita será facturada a su **seguro médico**
- Si no tiene seguro de visión ni seguro médico, su visita se considerará **pago particular (self-pay)**
- Los **servicios de refracción** (medición de la graduación de sus anteojos) tienen un costo de **\$70.00** y generalmente **no están cubiertos por el seguro**

Aunque nuestro personal le ayudará a orientarse durante el proceso de facturación, **las determinaciones finales de cobertura y beneficios las realiza su compañía de seguros**.

Reconocimiento y Firma del Paciente

Reconozco que he leído y entiendo la información anterior sobre los **exámenes oculares de rutina y los exámenes oculares médicos**, la cobertura del seguro y la facturación. Entiendo que el tipo de examen se determina según el motivo de mi visita y los hallazgos del médico, y que las decisiones finales sobre la cobertura son determinadas por mi compañía de seguros.

Nombre del Paciente (en letra): _____ Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

(Si el paciente es menor de edad) Nombre del Padre/Madre o Tutor Legal (en letra): _____

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____



Aviso y Reconocimiento para Pacientes Pediátricos

Debido a que Northern Virginia Ophthalmology Associates (NVOA) se especializa en **atención oftalmológica médica y pediátrica**, la visita de su hijo(a) de hoy puede facturarse al **seguro médico** en lugar del seguro de la vista o del seguro oftalmológico de rutina.

Como parte de una evaluación oftalmológica médicamente necesaria, los niños a menudo requieren una **refracción**, que es el examen utilizado para determinar la graduación de los anteojos. Las refracciones **no están cubiertas por la mayoría de los planes de seguro médico**. Si se realiza, el costo de la refracción es de **\$70.00** y **debe pagarse al momento de recibir el servicio**.

Incluso si los ojos de su hijo(a) parecen estar saludables—o si el examen de hoy no identifica ninguna anomalía—las visitas motivadas por una prueba de visión fallida, preocupaciones sobre la alineación de los ojos, antecedentes familiares de enfermedades oculares u otras razones médicas se consideran **visitas médicas**, no chequeos de rutina de la vista.

Si se recomiendan anteojos, estos se prescriben como parte del **tratamiento y la prevención de afecciones oculares médicas en los niños**.

Al firmar a continuación, usted reconoce y comprende que la visita de hoy puede resultar en:

- Una reclamación presentada a su **seguro médico**
- Un **cargo separado por la refracción**, si se realiza
- Cargos por cualquier **prueba médicamente necesaria** realizada durante la visita

Reconocimiento y Firma

He leído y comprendo el Aviso para Pacientes Pediátricos anterior y acepto los términos descritos.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento del Paciente:** _____

Nombre del Padre/Madre o Tutor Legal (en letra): _____

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____