



BoozmanHof
WORLD CLASS EYE CARE

Nombre del paciente: _____ No. de Seguro Social: _____

**Aviso de Privacidad (HIPAA)
Reconocimiento del Paciente**

Soy paciente, o el padre/tutor del paciente, de BoozmanHof Regional Eye Clinic, P.A. Confirmando que he recibido el Aviso de Privacidad de BoozmanHof y entiendo cómo se usará y protegerá mi información médica. Reconozco que puedo solicitar una copia adicional en cualquier momento.

Nombre (en letra de molde): _____ Relación con el paciente: ☐ Yo mismo ☐ Padre ☐ Tutor

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

**Políticas Administrativas
Reconocimiento del Paciente**

He recibido una copia de las Políticas Administrativas de la clínica y se me dio la oportunidad de hacer preguntas. Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entiendo las políticas que aplican a mi atención y a los servicios de la clínica.

Nombre (en letra de molde): _____ Relación con el paciente: ☐ Yo mismo ☐ Padre ☐ Tutor

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

**Cesión de Beneficios y Acuerdo Financiero
Reconocimiento del Paciente**

He recibido una copia del formulario de Cesión de Beneficios y Acuerdo Financiero de la clínica y se me ha dado la oportunidad de aclarar mis dudas. Al firmar, confirmo que entiendo los términos y acepto las condiciones financieras descritas.

Nombre (en letra de molde): _____ Relación con el paciente: ☐ Yo mismo ☐ Padre ☐ Tutor

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____



BoozmanHof
WORLD CLASS EYE CARE

Firma en Archivo, Cesión de Beneficios y Acuerdo Financiero

1. Medicare: Autorizo que los pagos de beneficios aprobados por Medicare se realicen en mi nombre a BoozmanHof Regional Eye Clinic, P.A. por los servicios proporcionados. También autorizo a divulgar la información médica necesaria para procesar dichos pagos a las agencias correspondientes. Entiendo que soy responsable de cubrir los deducibles, coseguros y servicios no cubiertos según la determinación de Medicare.
2. Medigap u otros seguros secundarios: Si tengo una póliza Medigap u otro seguro adicional, autorizo que se comparta la información necesaria para que se realicen los pagos secundarios directamente a BoozmanHof, o en su defecto, a mí.
3. Divulgación de Información: Autorizo a BoozmanHof a divulgar información de mi expediente médico o financiero, incluyendo temas relacionados con abuso de sustancias, salud mental, enfermedades contagiosas o VIH, a las siguientes partes: 1) compañías o agencias responsables de pagar mis servicios, 2) otros proveedores médicos involucrados en mi atención. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original, y 3) familiares, salvo que indique lo contrario. Confirmando que he recibido una copia del Aviso de Privacidad.
4. Otros Seguros: Entiendo que BoozmanHof mantiene una lista de planes médicos con los que tiene contrato, disponible en la oficina. Si mi plan no aparece en esa lista, reconozco que soy responsable de pagar el costo total de los servicios recibidos.
5. Servicios No Cubiertos: Acepto la responsabilidad de pagar cualquier servicio o procedimiento que mi seguro determine como "no cubierto." Esto incluye tratamientos no autorizados o no especificados en mi plan médico. Me comprometo a colaborar con BoozmanHof para obtener las autorizaciones necesarias cuando sea posible.
6. Acuerdo Financiero: I Me comprometo a pagar los deducibles, copagos y cualquier saldo no cubierto por mi seguro en el momento del servicio, o conforme a los arreglos financieros establecidos con la clínica. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobros, aceptaré cubrir los gastos administrativos razonables. *Reconozco que soy el responsable principal del pago total de mi cuenta.*
7. Autorización Médica: Autorizo a los doctores y personal de BoozmanHof a examinar mis ojos y realizar los procedimientos que normalmente forman parte de un examen ocular.

Políticas Administrativas

Copagos y Saldos Pendientes

Los copagos y cualquier saldo anterior deben pagarse el día de su cita. Es posible que se le solicite pagar su saldo al registrarse. Si no se realiza el pago ese día, recibirá un estado de cuenta por correo.

Cheques Devueltos y

Se aplicará un cargo de \$25.00 USD por cualquier cheque devuelto por falta de fondos o no pago.

Formularios de Trabajo o Seguro (FMLA / Discapacidad)

Las solicitudes para completar formularios relacionados con su trabajo o seguro tienen un cargo de \$25.00 USD, que debe pagarse al entregar los documentos. Los formularios se entregarán al empleador, compañía de seguros o al paciente una vez recibido el pago.

Llegadas Tardías

Si llega tarde a su cita, es posible que deba reprogramarla para evitar retrasos a otros pacientes. Si hay disponibilidad, intentaremos atenderlo el mismo día. Agradecemos su comprensión y cooperación..

Citas Perdidas o Cancelaciones Tardías

Aunque tratamos de enviar recordatorios con al menos 24 horas de anticipación, es su responsabilidad recordar su cita. Si no se presenta o cancela con menos de 24 horas de aviso, se aplicará un cargo de \$35.00 USD, que deberá pagarse antes de programar una nueva cita.

Después de tres (3) citas perdidas, la clínica puede decidir interrumpir su atención.

Los doctores y el personal de BoozmanHof Regional Eye Clinic, P.A. agradecen su cooperación con estas políticas, que nos permiten mantener un alto nivel de atención médica y servicio al paciente.