Kings Eye Center Medical Group, Inc.
1395 W. Lacey Blvd. ● Hanford, CA 93230 ● Phone (559) 585-3937 ● Toll Free (800)675-8088 ● Fax (559)582-3645
www.kingseyecenter.com

Nombre del Paciente _____ " _____ "
Primero Inicial Apellido Nombre Preferido

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Domicilio Postal _____

Hombre □ Mujer □ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Tel. Particular (____)_____ Tel. de Trabajo (____)_____ Tel. de Celular (____)_____

Número de Seguro Social **por favor déselo a la recepcionista** Casado(a) □ Soltero(a) □ Otro(a) □ _____

Domicilio de Correo Electrónico (Email)_____ Idioma Preferido _____

Empleador _____ (____)____-____
Nombre Domicilio Numero de Teléfono

Contacto de Emergencia _____ Relación al Paciente _____

Tel. de Emergencia (____)_____ Tel. de Celular de Emergencia (____)_____

Nombre de Médico de Atención Primaria _____ Numero de Teléfono (____)____-____

Nombre de Farmacia _____ Ciudad/Localización _____

POR FAVOR DE PRESENTAR TODAS SUS TARJETAS DE ASEGURANZA COMO DE MEDICO, VISION, Y FARMACIA Y TAMBIEN SU IDENTIFICACION.

Suscriptor de Seguro Primario _____ Relación al Paciente _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de Social _____-____-_____ Numero de Licencia _____

Tel. Particular (____)_____ Tel. de Trabajo (____)_____ Tel. de Celular (____)_____

Domicilio Postal (si es diferente del paciente)_____

Ciudad_____ Estado _____ Postal_____

Empleador _____ (____)____-____
Nombre Domicilio Numero de Teléfono

Suscriptor de Seguro Secundario _____ Relación al Paciente _____

Tel. Particular (____)_____ Tel. de Trabajo (____)_____ Tel. de Celular (____)_____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de Social _____-____-_____ Numero de Licencia _____

Domicilio Postal (si es diferente del paciente)_____

Ciudad_____ Estado _____ Postal_____

Empleador _____ (____)____-____
Nombre Domicilio Numero de Teléfono

Autorizo el pago de mis beneficios médicos / de la vista por parte de mi compañía de seguros al proveedor..... **(INICIALES)** _____
Autorizo la divulgación de cualquier información médica/visual necesaria para procesar cualquiera de mis reclamos..... **(INICIALES)** _____
Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos en Kings Eye Center. Todos los costos deben pagarse el día en que se prestan los servicios, arreglos se han hecho con anticipación, o si mi seguro es uno con el que se contrata Kings Eye Center y los servicios prestados son un beneficio cubierto de mi plan de seguro..... **(INICIALES)** _____

_____ _____/_____/_____
Firma de la Parte Responsable **Fecha**

Bradley A. Beard, MD **Ronald S. Keck, OD** **Stacy R. Omon, OD** **Nathan Panttaja, OD**

KINGS EYE CENTER ACUERDO DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PARA ENVIAR UNA CUENTA, Y PARA OTRAS OPERACIONES DE SALUD.

Entiendo que, como parte de mi atención médica, Kings Eye Center origina y mantiene registros que describen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, diapositivas, fotos, tratamiento, datos personales y cualquier plan de atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- base para proponer mi cuidado y tratamiento
- un medio de comunicación entre otro médicos profesionales que contribuyen con mi cuidado
- fuente de información para aplicar mi diagnosis y información de cirugía para propósito de fracturas
- para verificar que los servicios comprados actualmente fueron ofrecidos
- como instrumento para cuidado de salud rutinarias como por ejemplo para evaluar la calidad de el cuidado y manejo de parte de profesionales

Entiendo y se me ha ofrecido y / o proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que Kings Eye Center se reserva el derecho de cambiar el aviso y las prácticas y me notificará de cualquier aviso revisado. Entiendo que tengo derecho al uso de mi información de salud. También entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que Kings Eye Center ya haya tomado medidas al respecto.

☐ Doy mi consentimiento para que se divulgue información sobre mi tratamiento de atención médica y mis registros médicos confidenciales a las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

☐ Yo solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud: _____

_____

☐No quiero dar mi información a nadie.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del Paciente o Representante Legal Testigo*

(Este consentimiento es válido por 6 años a partir de la fecha de la firma)

*Ser firmado por adulto o representante legal y forma debe ser mantenida en el expediente del paciente.

Kings Eye Center Medical Group, Inc.

1395 W. Lacey Blvd. Hanford, CA 93230
Phone (559)585-3937 Toll Free (800)675-8088 Fax (559)582-3645

Por favor traiga su más reciente lentes o lentes de contactos y sus medicinas con usted a su cita.

A NUESTRO PACIENTES:

La refracción es el proceso de determinación de los errores de refracción del ojo o la necesidad de lentes (gafas) y/o lentes de contacto. En la mayoría de los exámenes de los ojos, la refracción es esencial. Este servicio ***NO*** es un beneficio cubierto por Medicare o Medi-cal, y la mayoría de los otros planes de seguranzas medico.

Nuestra oficina cobra **$75.00** para la refracción. Este cargo se cobrara de nuestro pacientes **además** de el co-pago y/o el parte do costo, a la hora de su cita.

RECONOCIMIENTO:

Yo he leído la información de arriba y entiendo que la refracción puede ser un servicio no cubierto por Medicare o Medi-cal, y la mayoría de los otros planes de seguranzas medico. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo de este servicio. El co-pago y/o el parte de costo es independiente y no incluido en la refracción.

_____ _____

Firma del Paciente/Parte Responsable Fecha

*This form shall remain in effect unless/until revoked in writing.

04/12/2023

AVISO DE
BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS

Fecha efectiva: 1 de enero del 2023

ESTE AVISO DESCRIBE EL PROGRAMA DE DIVULGACIÓN DE PAGOS ABIERTOS QUE PROMUEVE LA TRANSPARENCIA Y LA RESPONSABILIDAD AL AYUDAR A LOS CONSUMIDORES A COMPRENDER LAS RELACIONES FINANCIERAS ENTRE LAS INDUSTRIAS FARMACÉUTICAS Y DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, LOS MÉDICOS Y LOS HOSPITALES DE ENSEÑANZA.

Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares ($10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales docentes.

La base de datos de Open Payments se encuentra en el siguiente enlace:

https://openpaymentsdata.cms.gov

Nombre del paciente (por favor imprimir) _____

Firma _____ **Fecha** _____

Firma del Paciente o Representante Legal Testigo*

***Ser firmado por adulto o representante legal y forma debe ser mantenida en el expediente del paciente.**

02/09/2023

KINGS EYE CENTER MEDICAL GROUP, INC

L i s t a d e M e d i c a m e n t o s

Nombre del Paciente:_____ Fecha de nacimento:_____

Doctor de Salud_____

Por Favor proporcione una lista de los medicamentos con y sin prescripción que usted está tomando.

Nombre de medicamento	Dosis (mg, tsp, etc.)	Con qué frecuencia lo toma?

Alergia a los medicamentos:

Nombre de medicamento	Tipo de reacción (sarpullido, dificultad para respirar, etc,)

Kings Eye Center 1395 W Lacey Blvd Hanford, CA
93230 (559)585-3937 (559)582-3645 fax