



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 \_\_\_\_\_  
Primeros Apellidos \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Tel. de Emergencia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Celular de Emergencia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_ Número 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Número de Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Licencia \_\_\_\_\_

Tel. Particular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio Postal (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Suscriptor de Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Tel. Particular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Número de Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Licencia \_\_\_\_\_

Domicilio Postal (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Número 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

Bradley A. Beard, MD

Ronald S. Keck, OD

Stacy R. Omon, OD

Fecha

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 y no tenemos contrato con Medi-cal. La mayoría de los otros planes de seguro médico tampoco lo cubren. Si usted tiene un plan de visión, por favor asegúrese de dar esta información a la recepcionista.

Nuestra oficina cobra **\$80.00** para la refracción. Este cargo se cobrará de nuestros pacientes **además** del 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

# **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.

**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 nacimiento:**

Doctor de Salud

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

## **Alergia a los medicamentos:**

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