

  
**CARLE E. FLINN, M.D.**  
*Pediatric Ophthalmology & Adult Strabismus*

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_ IDIOMA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

¿SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD CON QUIEN VIVE EL/ELLA? \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE EMERGENCIA:**

MEDICO PRIMARIO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

¿COMO SE ENTERO DE NOSOTROS? \_\_\_\_\_

¿EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN PODEMOS LLAMAR **QUE NO SEAN** LOS PADRES/GUARDIANES?

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN**

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION (SI DIFIERE DEL PACIENTE) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGUNDO PADRE/GUARDIAN**

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_ EMPLEADOR/OCUPACION \_\_\_\_\_

PROPORCIONE UNA LISTA DE ALGUIEN ADEMÁS DEL PACIENTE QUE TIENE PERMISO PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER CONTENIDO DE SUS REGISTROS MÉDICOS

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DOY PERMISO PARA QUE LA OFICINA DEL DR. FLINN ME CONTACTE MEDIANTE POR TEXTO PARA RECORDARME DE MI PRÓXIMA CITA.

SI # DE CELL \_\_\_\_\_ NO

QUIERO INSCRIBIRME EN EL PORTAL DEL PACIENTE CON LA OFICINA DEL DR. FLINN PARA RECIBIR ELECTRÓNICAMENTE MIS REGISTROS.

SI CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ NO

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## Carl E. Flinn, M.D., Pediatric Ophthalmology & Adult Strabismus

### *Póliza Financial*

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Lo siguiente es una declaración de nuestra Póliza Financiera. Que le pedimos que lea y firme antes de su tratamiento. **EL PAGO TOTAL ES DEBIDO AL MOMENTO DE SERVICIO PARA TODOS LOS CO-PAGOS, CO-SEGUROS, Y/O DEDUCIBLES, MAS LO ANTERIORMENTE QUE NO HAN SIDO PAGADAS POR COMPLETO TODAVIA. ACCEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUE, o VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMEX.**

### *Seguro*

Como *cortesía*, archivaremos su seguro médico solo si somos un proveedor participante o en contrato con su compañía de seguro. No participamos con cualquier póliza de cuidado de la vista, aceptamos VSP. No podemos fracturar a su compañía de seguro al menos que usted nos de su información de seguro incluyendo una copia de su tarjeta de seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No estamos al tanto de dicho contrato. **Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, de los servicios proporcionados pueden ser los servicios no cubiertos y no se considera razonable y necesario bajo su seguro médico.** Si su compañía de seguro rechaza el reclamo por cualquier motivo y/o deja un saldo a pagar, es su responsabilidad de pagar en su totalidad dentro de los 15 días desde recibir nuestra factura.

### *Refraccion*

Refracción es una prueba médicamente necesaria para determinar si usted tiene una necesidad de anteojos o lentes de contacto y para ayudar a seguir el desarrollo de tratamientos para las enfermedades del ojo tales como cataratas. El Dr. Flinn puede determinar si tiene miopía, hipermetropía, astigmatismo (córnea asimétrica) o presbicia (incapacidad para enfocar objetos que están cerca de usted). Esta prueba ayuda a confirmar la extensión de la dificultad visual y es un componente necesario. La información obtenida de una prueba de refracción es escrita como una receta para anteojos o lentes de contacto. La mayoría de los planes de seguros deciden no cubrir este servicio esencial. Al tanto, usted será responsable de este cargo en su totalidad (\$40).

### *Referencias*

Si se suscribe a una compañía de seguros que requiere que sus miembros tengan una referencia para cada visita, *debe* traer su referencia a nuestra oficina al momento de su visita. Lamentamos no poder ver a un paciente de referencia porque no han podido presentar su referencia. Tenga en cuenta que esta no es nuestra regla, sino la regla de la compañía de seguros.

### *Procedimientos de Cobro y Cuota de Cobro*

En el caso de que su cuenta se coloque en Universal Collection Systems, se puede agregar a su cuenta una tarifa de cobro de 33 1/3% del saldo pendiente en ese momento y pasará a formar parte del Monto total adeudado. Usted será responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales. Usted acepta que para que podamos realizar el servicio en su cuenta o para cobrar cualquier monto que pueda adeudar, nosotros y Universal podemos comunicarnos con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico, lo que podría ocasionarle cargos. Nosotros y Universal también podemos comunicarnos con usted enviándole mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un dispositivo de marcación automática.

### *Cheques Devueltos*

Habrán un cargo de \$ 20.00 agregados a su cuenta por cada cheque devuelto.

### *Pacientes Menores de Edad*

El adulto que acompaña a un menor es responsable del pago completo. Para los menores no acompañados, se rechazará el tratamiento que no sea de emergencia, a menos que los cargos hayan sido autorizados previamente a un plan de crédito aprobado. Visa, AMEX, MasterCard o Discover, o el pago en efectivo o cheque en el momento de la verificación del servicio.

### *Citas Perdidas*

Si no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar \$75.00 por citas perdidas. Si se pierde una cita más de dos veces, se deberá pagar una tarifa de reprogramación de \$50 antes de programar otra cita. Por favor ayúdenos a servirle mejor al cumplir con las citas programadas.

### *Registros Médicos*

Habrán una tarifa por paciente para los registros médicos que dependen de la cantidad de registros que se copiarán y desembolsarán.

### *Pago Directo*

Mi firma a continuación le indica a mi compañía de seguros que pague directamente: Dr. Carl E. Flinn, 773 Estate Place, Memphis, TN 38120. También autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar mis reclamos de seguros.

### **RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_ (PACIENTE), por la presente reconozco que me han informado sobre el aviso de prácticas de privacidad publicado por la oficina del Dr. Carl E Flinn. También me han ofrecido una copia de las prácticas de privacidad. He leído, entiendo y acepto los términos de esta Política Financiera.

### **CONSENT FOR TREATMENT OF A MINOR:**

Yo, el padre/guardián de \_\_\_\_\_, un menor, por la presente autorizo y dirija a Carl E. Flinn, MD y al personal de Carl E. Flinn, MD para proporcionar atención médica de rutina y de emergencia. Este consentimiento permanecerá vigente por un año después de la fecha en el formulario de consentimiento o hasta que sea revocado por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ (padre o guardián si el paciente es menor de edad)

Printed: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_