



## Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Segundo Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Metodo Preferible de Contacto:**  Correo Electrónico  Teléfono  Mensaje de Texto\*

\*Para mensaje de texto, ponga la compañía de celular: \_\_\_\_\_

Estado Marital:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Idioma Preferible:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

### Información de Aseguranza

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Por favor de llenar la información inferior:

#### Aseguranza Médica

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_

Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza:

Yo  Esposo/a  Dependiente

#### Aseguranza de Visión

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_

Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza:

Yo  Esposo/a  Dependiente

#### Segunda Aseguranza

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_

Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza:

Yo  Esposo/a  Dependiente

#### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Segundo Teléfono: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente (o firma del tutor legal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Entrevista De Historial Médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ último examen médico: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor remitente: \_\_\_\_\_ último examen ocular: \_\_\_\_\_

Ciudad del doctor remitente: \_\_\_\_\_ Teléfono del doctor remitente: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es la razón de la visita del día de hoy?** (Por favor marque todo lo que corresponda)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> visión borrosa       | <input type="checkbox"/> dolor de ojo/incomodidad | <input type="checkbox"/> ojos irritados | <input type="checkbox"/> lentes de contacto                 |
| <input type="checkbox"/> visión doble         | <input type="checkbox"/> sensibilidad a la luz    | <input type="checkbox"/> ojos llorosos  | <input type="checkbox"/> corrección de la visión con láser  |
| <input type="checkbox"/> visión distorsionada | <input type="checkbox"/> flashes/manchas          | <input type="checkbox"/> descarga       | <input type="checkbox"/> investigación clínica              |
| <input type="checkbox"/> ojo vago             | <input type="checkbox"/> punto ciego              | <input type="checkbox"/> cataratas      | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza                  |
| <input type="checkbox"/> anteojos rotos       | <input type="checkbox"/> ojos rojos               | <input type="checkbox"/> glaucoma       | <input type="checkbox"/> terapia de rejuvenecimiento facial |
| <input type="checkbox"/> Botox®/Restylane®    | <input type="checkbox"/> ojos que pican           | <input type="checkbox"/> otro: _____    |   |

¿Ha tenido una lesión en el ojo?  No  Sí -Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cirugía en los ojos?  No  Sí -Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado?  No  Sí - Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su historial médica?** ¿Tiene o alguna vez ha sido tratado por:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> diabetes (azúcar alto)  | <input type="checkbox"/> artritis                | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza   | <input type="checkbox"/> condición de piel |
| <input type="checkbox"/> presión sanguínea       | <input type="checkbox"/> riñón/urinario          | <input type="checkbox"/> enfermedad muscular | <input type="checkbox"/> sinusal/alergia   |
| <input type="checkbox"/> problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> enfermedad de tiroides  | <input type="checkbox"/> ETS/VIH             | <input type="checkbox"/> trazo             |
| <input type="checkbox"/> problemas estomacales   | <input type="checkbox"/> enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> cáncer              |  |
| <input type="checkbox"/> problemas escuchando    | <input type="checkbox"/> problema de sangre      | <input type="checkbox"/> otro: _____         |  |

¿Toma medicamentos?  No  Sí -Si es así, por favor enumere:

\_\_\_\_\_

¿Tiene alergias?  No  Sí -Si es así, por favor enumere:

\_\_\_\_\_

¿Está embarazada o amamantando?  No  Sí

¿Fuma?  No  Sí -Si es así, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?  No  Sí -Si es así, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Tiene historial de consume recreativo de drogas?  No  Sí -Si es así, por favor enumere:

\_\_\_\_\_

**Enumere las personas en su familia que tienen los siguientes problemas médicos:**

_____ diabetes	_____ ojos cruzados	_____ degeneración macular
_____ presión sanguínea	_____ ceguera	_____ problemas del corazón
_____ artritis	_____ glaucoma	_____ otro: _____

**¿Qué le gustaría aprender más acerca de hoy?:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> corrección de la visión con láser | <input type="checkbox"/> Restylane®           | <input type="checkbox"/> terapia de rejuvenecimiento facial |
| <input type="checkbox"/> cirugía de cataratas              | <input type="checkbox"/> pliegues de párpados | <input type="checkbox"/> crema anti envejecimiento          |
| <input type="checkbox"/> Botox®                            | <input type="checkbox"/> peelings químicos    | <input type="checkbox"/> investigación clínica              |



## HIPAA Regulaciones De Privacidad

La ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, autorizó al Departamento de Salud y Servicios Humanos a adoptar nuevas reglas para proteger la privacidad del paciente.

Por lo tanto, se da aviso de que OC Surgical no revelará a ninguna persona, información personal sobre usted o sobre un miembro de la familia (es decir, nombre, dirección, número de seguro social, así como otra información de salud) sin permiso. Su información nunca será vendida o enlistada con el propósito de publicidad, solicitud o recaudación de fondos.

Sin embargo, se entiende que dentro del ámbito de los negocios y para el cuidado general del paciente, su información personal será necesaria y se utilizará en el siguiente contexto:

- Registro de pacientes
- Obtener registros médicos de antiguos médicos
- Conversar con colegas para opiniones / cuidado
- Aseguranzas: verificación, facturación, papel y cable (incluye transmisión de fax), seguimiento de la compañía de seguros o interacción con los servicios de facturación relacionados con la atención del paciente
- Perseguir el cobro de facturas impagas
- Departamento de empleados, enfermeras, asistentes y registros médicos del hospital
- Funcionarios de emergencias, paramédicos, personal de bomberos, médicos de salas de emergencias, enfermeras o técnicos
- Personal religioso designado
- Farmacéuticos, personal / trabajadores del programa de medicamentos
- Completar formularios de discapacidad
- Informática e información almacenada electrónicamente (es decir, proveedores comerciales relacionados y personas de servicio)

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) por la presente autorizo la publicación de esta información necesaria a \_\_\_\_\_.

---

Firma del Paciente (o firma del tutor legal)

Fecha

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

## OC SURGICAL

2010 E First St. Suite 160  
Santa Ana, CA 92705  
(714) 647.1200

### **Fecha Efectiva: 1 de enero, 2015**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

*Comprendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir dichos registros de otros. Usamos estos registros para proporcionar o habilitar a otros proveedores de atención médica para que brinden atención médica de calidad, para obtener el pago de los servicios que se le brindan según lo permitido por su plan de salud y para cumplir con nuestras obligaciones legales y profesionales de operar esta práctica médica adecuadamente. La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida y proporcionar a los individuos un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad mencionado anteriormente.*

### **A. Cómo esta práctica médica puede usar o divulgar su información de salud**

Esta práctica médica recopila información de salud sobre usted y la almacena en una tabla y en una computadora. Este es su registro médico. El registro médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el registro médico le pertenece. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos:

- 1. Tratamiento.** Usamos su información médica para brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de atención médica que proporcionarán servicios que nosotros no proporcionamos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesite para dispensarle una receta, o un laboratorio que realice una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarlo cuando se encuentre enfermo o lesionado.
- 2. Pago.** Usamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le brindamos a su plan de salud la información que requiere antes de que nos pague. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le han brindado.
- 3. Operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que proporcionamos, o la competencia y las calificaciones de nuestro personal profesional. O podemos usar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o referencias. También podemos usar y divulgar esta información según sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluidos detección de fraude y abuso y programas de cumplimiento y

planificación y gestión comercial. También podemos compartir su información médica información con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realizan servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales que contiene términos que requieren que protejan la confidencialidad y seguridad de su información médica. Aunque la ley federal no protege la información médica revelada a otra persona que no sea otro proveedor de atención médica, plan de salud, cámara de compensación o uno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe a todos los destinatarios de información médica divulgarla más allá de lo específicamente requerido o permitido por ley. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de información o planes de salud que tengan una relación con usted, cuando soliciten esta información para ayudarlos con su evaluación de calidad y actividades de mejora, sus actividades de seguridad del paciente, su población. esfuerzos basados en mejorar la salud o reducir costos de atención médica, desarrollo de protocolos, gestión de casos o actividades de coordinación de cuidados, su revisión de competencia, calificaciones y desempeño de profesionales de la salud, sus programas de capacitación, sus actividades de acreditación, certificación o licenciamiento, sus actividades relacionadas con contratos de seguro de salud o beneficios de salud, o su detección de fraude y atención de salud y esfuerzos de cumplimiento.

***[Los participantes en los arreglos organizados de atención médica solo deben agregar: también podemos compartir su información médica con los otros proveedores de atención médica, centros de información y planes de salud que participan con nosotros en "arreglos organizados de atención médica" (OHCA) para cualquiera de los Operaciones de atención médica de OHCA. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones médicas, planes de salud y otras entidades, que colectivamente brindan servicios de atención médica. El Oficial de Privacidad puede obtener una lista de las OHCA en las que participamos.]***

**4. Opcional: Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle sobre citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o en un mensaje dejado con la persona que contesta el teléfono.

**5. Firmar en la hoja.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted haciendo que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos llamar su nombre cuando estemos listos para verlo.

**6. Notificaciones y comunicación con la familia.** Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un familiar, a su representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, su estado general o, a menos que nos indique lo contrario, en caso de fallecimiento. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de ayuda para que puedan coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado con su atención o que ayude a pagar su atención. Si puede y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de objetar antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos divulgar esta información en un desastre incluso por encima de su objeción si creemos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. . Si no puede o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud utilizarán su mejor juicio para comunicarse con su familia y con los demás.

**7. Márketing.** Siempre que no recibamos ningún pago por hacer estas comunicaciones, podemos comunicarnos con usted para alentarle a comprar o usar productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o para dirigir o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o configuraciones de cuidado que pueden ser de su interés. De manera similar, podemos describir productos o servicios provistos por esta práctica e informarle en qué planes de salud participamos, Podemos recibir una compensación financiera para hablar con usted cara a cara, para proporcionarle obsequios promocionales pequeños, o para cubrir nuestro costo de recordarle que tome y vuelva a llenar su medicamento o que comunique de otro modo sobre un medicamento o biológico que actualmente se receta para usted, pero solo si: (1) tiene una afección crónica y gravemente debilitante o que amenaza la vida y la comunicación se hace para educarlo o aconsejarlo sobre las opciones de tratamiento y para mantener el cumplimiento de un tratamiento prescrito, o (2) usted es un afiliado actual del plan de salud y la comunicación se limita a la disponibilidad de productos farmacéuticos más rentables. Si hacemos estas comunicaciones mientras padece una afección crónica y gravemente debilitante o que amenaza la vida, le avisaremos de lo siguiente en al menos un tipo de 14 puntos: (1) el hecho y la fuente de la remuneración; y (2) su derecho a optar por no recibir comunicaciones remuneradas

futuras llamando al número de teléfono gratuito del comunicador. De lo contrario, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica con fines de comercialización ni aceptaremos ningún pago por otras comunicaciones de marketing sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará si recibimos alguna compensación financiera por cualquier actividad de mercadeo que usted autorice, y detendremos cualquier actividad futura de mercadeo en la medida en que revoque dicha autorización.

**8. Venta de información de salud.** No venderemos su información de salud sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará que recibiremos una compensación por su información de salud si nos autoriza a venderla, y detendremos cualquier venta futura de su información en la medida en que revoque dicha autorización.

**9. Requerido por la ley.** Según lo exige la ley, usaremos y divulgaremos su información de salud, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos pertinentes de la ley. Cuando la ley nos exija denunciar el abuso, la negligencia o la violencia doméstica, o responder a procedimientos judiciales o administrativos, oa funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, seguiremos cumpliendo con los requisitos establecidos a continuación con respecto a esas actividades.

**10. Salud pública.** Es posible que, a veces, la ley exija que revelemos su información de salud a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes; reportar violencia doméstica; informar a la Administración de Alimentos y Drogas sobre los problemas con los productos y las reacciones a los medicamentos; y reportar la exposición a enfermedades o infecciones. Cuando informamos sospecha de abuso de adultos mayores o adultos dependientes o violencia doméstica, le informaremos a usted o a su representante personal sin demora, a menos que nuestro mejor criterio profesional: creemos que la notificación lo pondría en riesgo de daño grave o requeriría informar a un representante personal que creemos es responsable del abuso o daño.

**11. Actividades de supervisión de la salud.** Es posible que, a veces, la ley exija que divulguemos su información de salud a las agencias de supervisión de la salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos, sujeto a las limitaciones impuestas por las leyes federales y de California.

**12. Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos, y en ocasiones estamos obligados por ley, a divulgar su información de salud en el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por un tribunal o una orden administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han realizado esfuerzos razonables para notificarle la solicitud y usted no se opuso, o si sus objeciones han sido resueltas por un tribunal o una orden administrativa.

**13. Cumplimiento de la ley.** Podemos, y en ocasiones lo exige la ley, divulgar su información de salud a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para fines tales como identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial, orden de arresto, citación de un gran jurado y otros fines de aplicación de la ley.

**14. Médicos forenses.** Es posible que, a menudo, la ley nos exija que divulguemos su información de salud a los forenses en relación con sus investigaciones de muertes.

**15. Donación de órganos o tejidos.** Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.

**16. Seguridad Pública.** Podemos, y en ocasiones estamos obligados por ley, a divulgar su información de salud a las personas adecuadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o del público en general.



**Michael A. Sheety, M.D., F.A.C.S**

2010 East First St. Suite 160 Santa Ana, CA 92705

Phone: 714.647.1200 • Fax: 714.361.6724

Por la presente reconozco que recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de esta práctica médica. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción, y que una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Me gustaría recibir una copia de cualquier Aviso modificado de prácticas de privacidad por correo electrónico a: \_\_\_\_\_.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre or tutor legal del paciente menor de edad
- Tutor legal o conservador de un paciente incompetente

## ACUERDO DE PAGO

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente/nombre del tutor legal), aceptar que soy totalmente responsable de los honorarios, que pueden o no estar cubiertos por el seguro, con respecto a todos los servicios prestados en OC Surgical para \_\_\_\_\_ (nombre del paciente).

**Lea atentamente el siguiente acuerdo de pago.** Existen diferentes tipos de cobertura de seguro para servicios de salud. **EN ÚLTIMO, ES SU RESPONSABILIDAD** averiguar los términos de su cobertura de aseguranza (cuál es su deducible, coseguro y / o copago). Cualquier pregunta con respecto a su cobertura de seguro debe ser dirigida con su compañía de seguros antes de la cita programada. Sin embargo, estaremos encantados de ayudarle y tratar de responder a sus preguntas o inquietudes.

**Usted es responsable de conocer su póliza de aseguranza.** Por ejemplo, usted será responsable de cualquier cargo si se aplica alguna de las siguientes condiciones: (i) su plan de salud / grupo médico requiere autorización previa o derivación de un médico de atención primaria antes de recibir servicios en OC SURGICAL, y usted no ha obtenido tal autorización o referencia; (ii) recibió servicios que exceden dicha autorización o referencia; (iii) su plan de salud determina que los servicios que recibió en OC SURGICAL no son médicamente necesarios y / o no están cubiertos por su plan de aseguranza; (iv) la cobertura de su plan de salud ha caducado o ha expirado en el momento en que recibe los servicios en OC SURGICAL. **Si no está familiarizado con la cobertura de su plan, le recomendamos que se comunique directamente con su proveedor de servicios o proveedor.**

Se le solicitará que siga todos los procedimientos de registro, que pueden incluir la actualización o verificación de la información personal, la presentación de la verificación del seguro actual y el pago de copagos u otro monto de responsabilidad del paciente en cada visita. Su tarjeta u otra verificación de seguro debe estar archivada para que se facture su seguro. Si no tenemos su tarjeta en el archivo, o no podemos verificar su elegibilidad para los beneficios, se lo considerará un paciente que paga por cuenta propia. Como paciente que paga solo, se requiere que nuestra tarifa se pague en su totalidad en el momento del servicio. Si la tarjeta del seguro u otra información necesaria se proporciona después de la visita, podemos presentar un reclamo a su seguro; y, si su seguro lo paga en su totalidad, se le reembolsará. Si no está preparado para pagar el copago u otro monto de responsabilidad del paciente, OC SURGICAL puede reprogramar su visita. Si no proporciona su información actualizada dentro de las 2 semanas de cambiar su seguro o en la próxima cita, asumirá toda la responsabilidad causada por la falta de cobertura, la presentación tardía o la falta de participación.

**Deducibles y cuotas de coseguro.** Esta sección se aplicará si está utilizando una aseguranza y tiene deducible y / o coseguro. El coseguro significa que usted comparte un porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto. El monto se calcula a partir del monto permitido para el servicio. Por ejemplo, si la aseguranza médica o el monto permitido de su plan para una visita al consultorio es de \$ 100 y tiene un coseguro del 20%, le pagará al médico \$ 20 y su plan pagará al médico el resto del monto permitido (\$ 80). Un **deducible** es un monto en dólares predefinido que usted debe pagar para cubrir los costos de los servicios cubiertos antes de que el plan comience a pagar los beneficios. Cuando tiene un deducible, usted es responsable del 100% del Monto Permitido por un servicio hasta que haya pagado un monto igual a su deducible. Después de eso, su plan de salud paga la mayoría de los costos, tal vez el 80%, pero usted sigue siendo responsable del resto (en forma de coseguro o copago).

Si su compañía de aseguranza no remite el pago puntual de su reclamo, usted será responsable del pago de los cargos dentro de los términos establecidos en este documento. Una vez que su compañía de seguros procese su reclamo, le enviaremos una factura por cualquier responsabilidad restante del paciente considerada por su compañía de seguros. Si se hace algún pago directamente a usted por los servicios facturados por nosotros, usted acepta enviarlo de inmediato a OC SURGICAL hasta que se pague por completo su cuenta de paciente. Si realiza un pago que resulta en un excedente en su cuenta, usted autoriza a OC SURGICAL a aplicar el pago en exceso a cualquier otra cuenta de la que sea financieramente responsable, incluida su cuenta, un miembro de la cuenta de su familia o dependiente, o en cualquier cuenta para lo cual usted es una parte financieramente responsable, y cualquier saldo restante se devolverá al pagador.

Entiendo que OC SURGICAL le facturará a mi compañía de aseguranza por una visita al consultorio y / o servicios de pruebas complementarios prestados. Las cuotas de coseguro y deducible se basan en la determinación de cargo de mi compañía de seguros. Además, entiendo que todos los cargos que no están cubiertos por mi compañía de seguros son mi responsabilidad. Específicamente, seré responsable de cualquier coseguro y deducible. Todos los pagos del saldo deducible y de coseguro deben realizarse inmediatamente después de la recepción de la facturación. Se me facturará a mi dirección de facturación los montos pendientes. Puedo pagar con efectivo, cheque o tarjeta de crédito. OC SURGICAL no extenderá el crédito más allá de 15 días a partir de la fecha de la factura. Entiendo y autorizo que si no he pagado el saldo en quince días (15) desde la fecha de vencimiento en la factura que me enviaron, se cargará a la tarjeta de crédito o débito colocada en el archivo como una garantía de pago por todos los servicios no pagados prestado También entiendo que si OC SURGICAL no puede cobrar el pago, mi cuenta estará en incumplimiento y puede remitirse a una agencia de cobros.

-----  
El Inicial (Paciente o Tutor Legal)

**Copagos.** Esta sección se aplicará si está utilizando una aseguranza y tiene copagos. Un copago (o copago) es un monto fijo en dólares que paga cada vez que consulta al médico. Todos los copagos del seguro vencen en el momento del servicio. Ningún paciente está autorizado a acumular un saldo acumulando copagos impagos, a menos que la administración lo apruebe formalmente. Entiendo que soy responsable de satisfacer mi copago en el momento del servicio.

-----  
El Inicial (Paciente o Tutor Legal)

**Citas Perdidas y Cancelaciones Tardías.** Las citas perdidas y las cancelaciones tardías impiden que otros pacientes usen nuestro servicio y constituyen una carga financiera para la organización. OC SURGICAL requiere que notifique a la oficina de cualquier cancelación a más tardar un día hábil antes de su cita. Entiendo que OC SURGICAL no cobra por una cita perdida o cancelada, pero es mi responsabilidad llamar al menos 24 horas antes de mi cita para hacer los cambios apropiados.

-----  
El Inicial (Paciente o Tutor Legal)

**Pago completo (sin aseguranza).** Si no está usando una aseguranza, OC SURGICAL requiere que los cargos realizados por nuestros médicos se paguen en el momento del servicio a menos que se hayan realizado otros arreglos formales con nuestra administración. Los honorarios de OC SURGICAL pueden variar según el tipo de cita y / o servicios prestados.

-----  
El Inicial (Paciente o Tutor Legal)

**Pago por cheque.** Si el pago se realiza con cheque y se devuelve o rechaza por algún motivo, se le cobrará a su cuenta un recargo de \$ 25.00, además de cualquier costo evaluado o cargado por cualquier institución depositaria.

**Cargos adicionales.** Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cargos adicionales a discreción de OC QUIRÚRGICO, que incluye pero no se limita a: (i) cargos por extensas consultas telefónicas y / o llamadas fuera del horario de atención que requieren tratamiento (ii) cargos por copia y distribución de registros médicos del paciente; (iii) cargos por preparación o finalización de formularios extensos solicitados por el paciente; o (iv) cualquier costo asociado con el cobro de saldos de pacientes, todo lo permitido por la ley.

**Falta de pago en la cuenta.** En caso de que sean necesarios procedimientos de cobranza u otras acciones legales para cobrar una cuenta atrasada o morosa, usted comprende que OC SURGICAL tiene el derecho de revelar a una agencia de cobranza externa o abogado toda la información relevante personal y de cuenta necesaria para cobrar los servicios prestados. Usted es responsable de todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, los siguientes: (i) cargos y cargos por mora e intereses adeudados como resultado de dicha morosidad; (ii) todos los costos y tarifas del tribunal (pero solo en la medida permitida por la ley); y (iii) una tarifa de cobro a ser cargada en virtud de un acuerdo por separado con una agencia de cobro de terceros, ya sea como una tarifa plana o computada como un porcentaje del saldo total adeudado hasta el máximo permitido por la ley aplicable, y para ser agregado a el saldo pendiente de vencer en el momento de la remisión a la agencia de cobro de terceros. Usted reconoce que cualquiera de los intereses evaluados en la cuenta será una multa por morosidad como resultado de incumplimiento o morosidad en su cuenta, y no se considera interés como parte de una transacción de crédito. Si su cuenta es referida a una agencia de cobro, el abogado, el tribunal o el estado vencido se informa a una agencia de informes de crédito, puede tener un efecto adverso en su historial de crédito; y partes relacionadas de su cuenta, incluido el hecho de que recibió tratamiento en nuestras oficinas, puede convertirse en una cuestión de registro público. El incumplimiento de cualquiera de estas políticas también puede dar lugar a una retirada de la atención.

**Parte financieramente responsable.** Si esta u otra Declaración de Responsabilidad Financiera de OC SURGICAL es firmada por otra persona, en su cuenta, dicha firma conjunta permanecerá vigente hasta que se cancele por escrito. La cancelación por escrito entrará en vigencia a partir de la fecha posterior a la recepción, y se aplicará únicamente a los servicios y cargos en los que se incurra posteriormente. Al firmar como una parte financieramente responsable, usted garantiza el pago completo e inmediato a OC SURGICAL de toda deuda del paciente con OC SURGICAL, ya sea que exista o que se cree en adelante (el "Endeudamiento"); y además acepta pagar todos los gastos, legales o de otro tipo, incurridos por OC SURGICAL para cobrar el Endeudamiento, para hacer cumplir esta garantía o para proteger sus derechos bajo esta garantía o bajo cualquier otro documento que acredite o garantice el Endeudamiento.

Esta garantía será una garantía continua, absoluta e incondicional, y se mantendrá en vigencia hasta que se pague íntegramente dicho Endeudamiento. No habrá obligación por parte de OC SURGICAL en cualquier momento para agotar primero sus recursos contra el Paciente, cualquier otra parte, o cualquier otro derecho antes de hacer cumplir las obligaciones de la parte financieramente responsable. Certifico que he leído y entiendo completamente, o que he explicado a mi satisfacción, las declaraciones anteriores. Con mi firma, confirmo todos los términos y condiciones establecidos en los párrafos anteriores y acepto estar obligado por este contrato.

---

(Fecha)

---

(Firma del paciente o firma del tutor legal)