

New Patient Information

Please ensure that all parts of the form are complete to the best of your knowledge. (Este formulario en Español esta disponible al reverso.)

Patient Information

PATIENT NAME				<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	DATE OF BIRTH / /
ADDRESS (Number and Street)	(City)	(State)	(Zip)	PHONE NUMBER ()	TODAY'S DATE / /
FATHER NAME				DATE OF BIRTH / /	PHONE NUMBER ()
ADDRESS (Number and Street)	(City)	(State)	(Zip)	SSN	EMAIL
MOTHER NAME				DATE OF BIRTH / /	PHONE NUMBER ()
ADDRESS (Number and Street)	(City)	(State)	(Zip)	SSN	EMAIL

Insurance Information

PRIMARY INSURANCE	EMPLOYER	SUBSCRIBER	SUBSCRIBER DATE OF BIRTH / /
ID NUMBER		GROUP NUMBER	SUBSCRIBER SSN
SECONDARY INSURANCE	EMPLOYER	SUBSCRIBER	SUBSCRIBER DATE OF BIRTH / /
ID NUMBER		GROUP NUMBER	SUBSCRIBER SSN
VISION INSURANCE (Our office only accepts and bills VSP)	EMPLOYER	SUBSCRIBER	SUBSCRIBER DATE OF BIRTH / /
ID NUMBER		GROUP NUMBER	SUBSCRIBER SSN

Emergency Contact & Authorizations

I authorize Eyes to See to leave messages regarding my appointments and/or medical information on my answering machine or voicemail system.	PATIENT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE
I give permission to Eyes to See to discuss the patient's (mine or my child's) medical condition with those listed below.	PATIENT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE
PERSON'S NAME	RELATIONSHIP TO PATIENT	
PERSON'S NAME	RELATIONSHIP TO PATIENT	
PERSON'S NAME	RELATIONSHIP TO PATIENT	
PERSON'S NAME	RELATIONSHIP TO PATIENT	

Appointment Policy

<p>At Eyes to See, we believe that everyone's eyesight is precious. It is our goal to provide our patients with personalized attention as well as the best specialized eye care. Missing an appointment hinders our ability to provide care for you as well as for other patients. The time you miss could be used to help another patient waiting for an appointment. It also impacts our staff by inefficient use of their time in preparing for your visit. No-show appointments also greatly increase the cost of healthcare for everyone. Our Policy for missed appointments is as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● We ask that you call at least 24 hours prior to your appointment time if you see you are going to need to cancel or reschedule. After two missed appointments we will not be able to reschedule you with our practice again, and you will need to seek care elsewhere. *We will help arrange for you to see another doctor should this happen. ● If you are more than 15 minutes late for your scheduled appointment we may need to reschedule your appointment ● We will attempt to work with families to schedule siblings together. However, if a cancellation with less than 24 hours notice or a missed appointment occurs, we will not be able to schedule siblings together again until three (3) appointments have been kept. ● Please arrive 10 minutes early for your appointment to fill out any necessary paperwork. <p>Thank you in advance for your understanding and cooperation.</p>		
SIGNATURE	RELATIONSHIP TO PATIENT	DATE

Informacion sobre el Paciente

Por favor asegurese de completar todas las secciones. (Escriba con claridad)

Informacion sobre el paciente

Nombre del Paciente				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO / /
Direccion (Numero y calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Codigo Postal)	NUMERO DE TELEFONO ()	FECHA DE HOY / /
Nombre del Padere				FECHA DE NACIMIENTO / /	NUMERO DE TELEFONO ()
Direccion (Numero y calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Codigo Postal)	# DE SEGURO SOCIAL	CORREO ELECTRONICO
Nombre de la Madre				FECHA DE NACIMIENTO / /	NUMERO DE TELEFONO ()
Direccion (Numero y calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Codigo Postal)	# DE SEGURO SOCIAL	CORREO ELECTRONICO

Aseguranza

ASEGURANZA PRIMORDIAL	EMPLEADOR	SUBSCRIBIDOR	SUBSCRIBIDOR FECHA DE NACIMIENTO / /
NUMERO DE IDENTIFICATION		NUMERO DE GRUPO	SUBSCRIBIDOR SEGURO SOCIAL
ASEGURANZA SECUNDARIA	EMPLEADOR	SUBSCRIBIDOR	SUBSCRIBIDOR FECHA DE NACIMIENTO / /
NUMERO DE IDENTIFICATION		NUMERO DE GRUPO	SUBSCRIBIDOR SEGURO SOCIAL
ASEGURANZA DE LA VISTA	EMPLEADOR	SUBSCRIBIDOR	SUBSCRIBIDOR FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE IDENTIFICATION		NUMERO DE GRUPO	SUBSCRIBIDOR SEGURO SOCIAL

Contactos de Emergencia y Autorizaciones

Yo autorizo a Eyes to See para dejar mensajes acerca de mis citas medicas y/o informacion medica en mi correo de voz.	FIRMA DE PACIENTE/REPRESENTANTE	FECHA DE HOY
Doy permiso a Eyes to See para hablar acerca de la condicion medica del Paciente (yo o mi hijo/a) con aquellos mencionados en la siguiente seccion de abajo.	FIRMA DE PACIENTE/REPRESENTANTE	FECHA DE HOY
NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE	
NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE	
NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE	
NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE	

Polica de las Citas Medicas

En Eyes To See creemos que la vista de todos es preciosa. Nuestro objetivo es brindarles a nuestros pacientes atencion personalizada y la mejor atencion ocular especializada. La falta de asistir a su cita obstaculiza nuestra capacidad de proporcionarle atencion, así como a los demas pacientes. La cita que perdio puede usarse para ayudar a otro Paciente que espera una cita. Tambien impacta nuestro personal por el uso ineficiente de su tiempo en la preparacion de su visita. Las citas no presentadas tambien aumenta considerablemente el costo de la atencion medica para todos. Nuestra polica para citas perdidas es la siguiente:

- Le pedimos que llame al menos 24 horas de antelacion si considera que tendra que cancelar or cambiar su cita. Despues de dos citas perdidas, no podemos reprogramarlo nuevamente en nuestra practica, y tendra que buscar atencion medica en otro lugar. *Le ayudaremos a coordinar con su medico en caso de que esto suceda.
- Si llega mas de 15 minutos tarde a su cita programada, es posible que tengamos que reprogramar su cita.
- Intentaremos trabajar con las familias para programar a los hermonos juntos. Sin embargo, al tener una cancelacion con menos de 24 horas de antelacion o si se pierde la cita, no podremos volver a programar a los hermanos junctions hasta que se hayan cumplido tres (3) citas.
- Llegue 10 minutos antes de su cita para completar toda la documentacion necesaria.

Gracias de antemano por su comprension y cooperacion.

FIRMA	RELACION CON EL PACIENTE	FECHA
-------	--------------------------	-------

Health History

Yes No	Have you ever had any of the medical problems listed below?		Referring Doctor:	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birth History:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic fever, unexpected weight loss/gain, fatigue		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear/nose/throat problems		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart problems		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratory problems	Do you have any allergies (food or drug) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal problems		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinary problems		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin problems		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculoskeletal problems	Do you take any medications? (Please list) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic problems		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric problems		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid problems		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High blood pressure		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other medical conditions	Do any medical or eye diseases run in your family? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Been Hospitalized	e.g. high blood pressure, cancer, diabetes, glaucoma, macular degeneration	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Had any surgery?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye disease (e.g. glaucoma, cataract, "lazy eye")		
Do you smoke? If yes, how much?		Do you drink alcohol? If yes, how much?		If employed, how many hours per week do you work?
Physician Signature			Date	
Comments:				

Notices and Agreements

Refraction Service and Fee		
<p>A refraction is the process of determining if there is a need for corrective eyeglasses. It is an essential part of a complete eye examination and necessary in order to write a correct prescription for glasses.</p> <p>Many initial refractions are covered by your insurance; however, most medical insurance plans, including Medicare, and some Medicaid plans do NOT cover routine refractions or routine eye examinations, such as when no medical eye problem is known or suspected. (Medicare allows that we charge separately for that portion of the examination since it is not a covered service.)</p> <p>Our office fee for a refraction is \$40.00. This fee may be collected at the time of service in addition to any co-payment your plan may require. Should your plan pay us for the refraction, we will reimburse you accordingly.</p> <p>If you have any questions, please do not hesitate to ask. We will do our best to assist you.</p> <p>Patient Acknowledgement – I have read the above information and understand that the refraction may be a non-covered service. I accept full financial responsibility for the cost of this service. I understand that it is due at time of service. I understand that any co-payment, co-insurance, or deductible I may have are separate from and not included in the refraction fee.</p>		
SIGNATURE	RELATIONSHIP TO PATIENT	DATE
Financial Assignment and Agreement		
<p>I agree to be financially responsible for all charges incurred including my deductible, co-pay, and any services rejected by my insurance company. I authorize the release of any medical information needed to process these claims. I understand that any balance unpaid by the insurance company within 60 days of the billing date will be paid by me.</p>		
SIGNATURE	RELATIONSHIP TO PATIENT	DATE

Notices and Agreements Continued

Privacy Practices

Effective date: Feb. 2, 2010

As required by the privacy regulations created as a result of Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA):
 THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU (AS A PATIENT OF THIS PRACTICE) MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO YOUR INDIVIDUAL IDENTIFIABLE HEALTH INFORMATION.

PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY

A. Our commitment to your privacy:

Our practice is dedicated to maintaining the privacy of your individually identifiable health information (also called protected health information or PHI). In conducting our business, we will create records of you and the treatment and services we provide to you. We are required by law to maintain the confidentiality of health information that identifies you. We are also required by law to provide you with this notice of our legal duties and the privacy practices that we maintain in our practice concerning your PHI. By federal and state law we must follow the terms of this notice. We realize that these laws are complicated, but we must provide you with the following important information:

1. How we may use and disclose your PHI
2. Your privacy rights in your PHI
3. Our obligations concerning the use and disclosure of your PHI

The terms of this notice apply to all records contained on you that are created or retained in this office. We reserve the right to revise or amend this Notice of Privacy Practices. Any revision or amendment to this notice will be affected for all your records that our practice has created and for any of your records we may create in the future. Our practice will post a copy of your most current notice in a visible location at all times. You may request a copy of our most current notices at any time.

B. If you have any questions about this notice, please contact: EYES TO SEE PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY

C. We may use and disclose your PHI in the following ways:

Treatment. Our practice may use your PHI to treat you. For example, we may ask you to have laboratory tests (such as blood and urine tests), and we may use the results to help us reach a diagnosis. We might use your PHI in order to write or call in a prescription for you. Many of the people who work in our office may need to use and disclose your PHI in order to treat or assist others in your treatment. Additionally, we may disclose your PHI to others who may assist in your care such as your spouse, children or parents. Finally, we may also disclose your PHI to other health care providers for purposes related to your treatment.

Payment. Our practice may use your PHI in order to bill or collect payment for the services and items you may receive from us. We also may use and disclose your PHI to any third party who may assist in payments of treatments and items for you or your family members. We also may use your PHI to bill you directly for services or items. We may disclose your PHI to other health care providers and entities to assist in their billings and collection efforts.

Health Care Operations. Our practice may use and disclose your PHI to operate our business, i.e.: Quality Assurance reviews.

Treatment Options. Our practice may use and disclose your PHI to inform you of potential treatment options or alternatives.

Health-care related benefits and services. Our practice may use and disclose your PHI to inform you of health-related benefits or services that may be of interest to you.

Disclosures required by law. Our practice will disclose your PHI when we are required by federal, state or local law to do so.

D. Use and disclosure of your PHI in certain special circumstances:

Public Health Risks. Our practice may disclose your PHI to public health authorities that are authorized by law to collect information for the purpose of: Maintaining public records, such as births and deaths, reporting child abuse and neglect, preventing or controlling disease, injury or disability.

Authorization to Release Healthcare Information

PATIENT NAME	DATE OF BIRTH / /
ANY PREVIOUS NAMES	SSN

This request and authorization for medical records pertaining to coordination of care applies to:

- All healthcare information
- Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates. _____
- Other: _____

I authorize Eyes to See to receive or send my records in order to properly coordinate my care. I understand that in most cases I will be notified of any transfer of records. To stop the release of this information you must write a letter to Eyes to See requesting the release to be stopped. The cancellation will not apply to information that has already been disclosed. A photocopy of fax of this authorization is as valid as the original.

SIGNATURE	RELATIONSHIP TO PATIENT	DATE
-----------	-------------------------	------

Como lo requieren las regulaciones de privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA): ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED (COMO PACIENTE DE ESTA PRÁCTICA) Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE INDIVIDUAL.

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO

A. Nuestro compromiso con su privacidad:

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud individualmente identificable (también llamada información de salud protegida o PHI). Al dirigir nuestro negocio, crearemos registros de usted y del tratamiento y servicios que le brindamos. La ley nos exige que mantengamos la confidencialidad de la información médica que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su PHI. Por ley federal y estatal debemos seguir los términos de este aviso. Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

1. Como usamos y divulgamos su PHI
2. Sus derechos de privacidad mencionados en su PHI
3. Nuestra obligacion respectiva a el uso y divulgation de su PHI

Los términos de este aviso se aplican a todos los registros contenidos en usted que se crean o se conservan en esta oficina. Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar este Aviso de prácticas de privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso se verá afectada para todos sus registros que nuestra práctica ha creado y para cualquiera de sus registros que podamos crear en el futuro. Nuestra práctica publicará una copia de su aviso más reciente en un lugar visible en todo momento. Puede solicitar una copia de nuestros avisos más recientes en cualquier momento.

B. Si tiene alguna pregunta por favor de contactar: EYES TO SEE PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY

C. Podemos usar y divulgar su PHI de las siguientes maneras:

Tratamiento. Nuestra práctica puede utilizar su PHI para tratarle. Por ejemplo, podemos pedirle que se realice pruebas de laboratorio (como pruebas de sangre y orina), y podemos usar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Podríamos usar su PHI para escribir o pedirle una receta. Es posible que muchas de las personas que trabajan en nuestra oficina necesiten usar y divulgar su PHI para tratar o ayudar a otros en su tratamiento. Además, podemos divulgar su PHI a otras personas que puedan ayudarlo en su cuidado, como su cónyuge, hijos o padres. Finalmente, también podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento.

Pagos. Nuestra práctica puede utilizar su PHI para facturar o cobrar el pago de los servicios y artículos que puede recibir de nosotros. También podemos usar y divulgar su PHI a cualquier tercero que pueda asistirle en el pago de tratamientos y artículos para usted o los miembros de su familia. También podemos usar su PHI para facturarle directamente por servicios o artículos. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica y entidades para ayudarles en sus facturas y esfuerzos de cobro.

Operaciones de atención médica. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para operar nuestro negocio, es decir: revisiones de control de calidad.

Opciones de tratamiento. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre posibles opciones de tratamiento o alternativas.

Disclosures required by law. Our practice will disclose your PHI when we are required by federal, state or local law to do so.

Beneficios y servicios relacionados con la salud. Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre los beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

D. Uso y divulgación de su PHI en ciertas circunstancias especiales: Riesgos para la salud pública. Nuestra práctica puede divulgar su PHI a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley para recopilar información con el fin de: Mantener registros públicos, como nacimientos y defunciones, informar sobre el maltrato y negligencia infantil, prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Autorizacion Para Divulgar Informacion Medica

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO / /
NOMBRES PREVIOS	NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Esta solicitud y autorización de registros médicos relacionados con la coordinación de la atención se aplica a:

- Toda la informacion medica
- Informacion medica relacionada con el tratamiento, condicion medica, o fecha: _____
- Otro: _____

Autorizo a Eyes to See para recibir o enviar mis registros médicos para coordinar adecuadamente mi atención medica. Entiendo que, en la mayoría de los casos, se me notificará cualquier transferencia de registros médicos. Para detener la divulgación de esta información, debe escribir una carta a Eyes to See solicitando que se detenga la divulgación. La cancelación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada. Una fotocopia del fax de esta autorización es tan válida como el original.

FIRMA	RELACION CON EL PACIENTE	FECHA
-------	--------------------------	-------