

## HIPAA Privacy Act

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento y de hacer que la nueva disposición de aviso sea efectiva para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si hacemos una revisión material al término de nuestro aviso, usted recibirá un aviso revisado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al 561.220.6272  
Soy consciente de las prácticas de privacidad de Aronson Optometry, PA DBA GreenLake Eyecare.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Asignación de seguros y responsabilidad del paciente

Certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con las compañías anteriores y asigno directamente a Aronson Optometry, PA DBA Greenlake Eyecare todos los beneficios del seguro, si los hubiera, de lo contrario pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que mi contrato de seguro es entre yo y mi seguro, no Aronson Optometry, PA dba Greenlake Eyecare y soy responsable de todos los cargos, ya sea pagados o no por mi seguro. Si mi seguro no ha reembolsado esta oficina en su totalidad dentro de los 90 días, se me facturará el saldo pendiente. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de atención médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Los planes de visión generalmente no pagan por ninguna prueba o tratamiento médico. Por lo tanto, el paciente será responsable de cualquier cargo por examen médico. Todos los copagos de los pacientes se explicarán antes de la prueba y se recogerán el día del examen. Si su seguro paga, le reembolsaremos ese dinero.

Los seguros médicos/de Medicare no pagan por exámenes de la vista o refracciones (para determinar la prescripción de anteojos). Si es necesaria o solicitada una refracción durante el examen, el cargo por refracción es de \$45.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Consentimiento para la dilatación

Un examen ocular con dilatación es la parte del examen ocular que evalúa las estructuras y la anatomía dentro del ojo para detectar afecciones como *glaucoma, cataratas, degeneración macular, enfermedad ocular diabética y desprendimientos de retina*. Esto se logra utilizando una serie de gotas para los ojos. Los efectos secundarios comunes incluyen visión borrosa, sensibilidad a la luz y enrojecimiento y pueden durar varias horas.

- SÍ**- Entiendo el propósito de la dilatación y estoy de acuerdo en que se realice.
- NO**- Entiendo el propósito de la dilatación, pero elijo no dilatarse (puede regresar para otra cita) La ley de *Florida requiere un examen ocular con dilatación en la visita inicial a menos que el paciente lo rechace*. Si se rechaza, *Pt libera a Greenlake Eyecare de cualquier responsabilidad por posibles trastornos oculares que pueden pasar desapercibidos sin examen*.

**Por favor, COMPRUEBE NO si actualmente está (o podría estar) embarazada**

A partir del 1 de Enero de 2022, se requerirá que los pacientes con ALL tengan una fotografía de retina para evaluar y monitorear las principales estructuras del ojo. Esta prueba tiene un **copago de \$30**. Esta prueba no está cubierta por el seguro y es **obligatoria** para todos los exámenes de la vista.

Desafortunadamente, no habrá excepciones.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### Reconocimiento de prescripción

Entiendo que mi receta para anteojos y / o lentes de contacto siempre estará disponible al finalizar a través del Portal del Paciente seguro que se encuentra en el sitio web de la compañía. También se puede solicitar una copia impresa. **Tiene derecho a posponer la búsqueda de anteojos mientras esté en la oficina hasta que se le haya proporcionado una receta final (ya sea digital o en papel); sin embargo, podemos ayudar primero a aquellos que estén listos. Al poner sus iniciales, usted comprende esta regulación.**

Entiendo que todas las gafas graduadas se personalizan para cada individuo. Por lo tanto, **NO PUEDE HABER DEVOLUCIONES** en dichos pedidos. GreenLake Eye Care hará todo lo posible para resolver cualquier problema, pero desafortunadamente todas las ventas de anteojos son **VENTAS FINALES**.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Entiendo todos los procedimientos y políticas de GreenLake Eyecare.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) del paciente(s)