

FERNANDO TRUJILLO, MD

NEW PATIENTS INFORMATION (INFORMACION PARA EL NUEVO PACIENTE)

Date (*Fecha*): _____

Name (*Nombre*): _____

Age (*Edad*): _____ Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____

SSN (*Seguro Social*): _____ -- -- Sex (*Sexo*): _____ Marital Status (*Estado Civil*): S M D W

Primary Language (*Idioma*): _____ Ethnicity (*Etnicidad*): Hispanic or Latino / Non hispanic or Latino

Race (*Raza*): White/ African American/American Indian/Asian/Hispanic/Latino/ Other

Address (*Domicilio*): _____

City (*Ciudad*) _____ State (*Estado*) _____ Zip (*C.P.*) _____

Primary Phone (*Telefono primario*): _____ Home/Cell /Work/ Other(Casa/ celular/ Trabajo)

Secondary Phone (*Telefono secundario*): _____ Home/Cell /Work/Other(Casa/ celular/ Trabajo)

Email Address (*Correo Electronico*): _____

Occupation(*Ocupación*): _____

How did you here about us?(Cómo supiste de nosotros?) _____

Responsible Party Name (Persona Responsable): _____

Address (*Domicilio*): _____

Phone (Telefono): _____ Relation to Patient (Relacion con el paciente): _____

DOB (Fecha de nacimiento): _____ SSN (Seguro social): _____

Pharmacy Name (Nombre de la Farmacia): _____ Phone # (Telefono): _____

Location (Ubicacion): _____

Primary Care Doctor (Doctor Primario): _____

Phone # (Telefono): _____

Name of Referring Doctor (Nombre del Dr que lo refirio): _____

Phone # (Telefono): _____

Drug Allergies (Alergia a alguna medicina): _____

Do you wear contact lens? ¿Usas lentes de contacto? YES OR NO

Do you wear glasses? (¿Usas gafas?) YES OR NO

Are you on Plaquenil? (¿Estás usando Plaquenil?) YES OR NO

Are you on Hospice? (Estas en hospicio?) YES OR NO

FERNANDO TRUJILLO, MD

HIPAA Patient Questionnaire

Cuestionario de HIPAA Para los Pacientes

Please list a family member or other persons, if any, whom we may inform about your general medical condition, your diagnosis and any billing questions (including treatment, payment and healthcare operations). (As a reminder these will be the only people, we will be able to speak to or release any information to regarding your account.)

Indique los miembros de la familia u otras personas, en su caso, a quien podemos informarle sobre su estado de salud general, su diagnóstico y las preguntas sobre facturación (incluyendo las operaciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica). (Cabe recordar que estas serán las únicas personas vamos a ser capaces de hablar o dar cualquier información al respecto a su cuenta.)

Name (Nombre) : _____ Phone # : _____

Relationship(relación): _____

Name (Nombre): _____ Phone #: _____

Relationship(relación): _____

Can confidential messages (i.e., appointment reminders) be left on your telephone answering machine or voicemail? YES /NO

*(¿Pueden dejar los mensajes confidenciales (por ejemplo, recordatorios de citas) en el contestador automático de teléfono o correo de voz?) **SI / NO***

Please indicate if we may mail your appointment reminder/recall postcard via the mail? YES / NO

*(Por favor, indique si se nos permite enviar su postal recordatorio de la cita a través del correo?) **SI / NO***

This form will remain in effect until you make any changes in writing.

(Esta forma se mantendrá en efecto hasta que se haga algún cambio escrito).

I am aware of the notice of privacy practice and will ask for a copy, if needed

Patient Name Printed (Nombre del Paciente): _____

Patient Signature (Firma del paciente): _____ **Date** (Fecha): _____

FERNANDO TRUJILLO, MD

Financial Policy

3 C Vision Specialists DOES NOT ACCEPT VISION PLANS.

PRIVATE PAY

- You are responsible for all charges to be paid in full at the time of services.

INSURANCE POLICY:

- Insurance is a contract between you and your insurance company. We are NOT a part of that contract.
- By signing the Financial Policy, I authorize my insurance benefits to be paid directly to 3 C Vision Specialists. I understand that I am financially responsible for my deductibles, co-insurance, copays, or procedures deemed non-covered services; I also authorize 3 C Vision Specialists to release any information required to process my claim.
- All fees are your responsibility, regardless of whether the insurance company pays or does not pay. Some insurance companies arbitrarily choose services they will not cover.
- Payments for services, unpaid deductibles, and copayments must be paid when services are provided.
- If your insurance does not pay, we require you to pay the balance by cash, check, or any major credit card. All unpaid charges are your responsibility.
- Personal checks returned for non-sufficient funds will result in a \$35.00 return check fee to be assessed to your account. You must provide an alternative payment method for future visits.
- If you DO NOT have a diagnosis; the visit is considered a routine vision exam and if you DO NOT have medical insurance with routine vision coverage or are participating in a vision plan, you will be responsible for charges incurred.

REFERRALS

- You must obtain your referral (Approved authorization number from your PCP) before the appointment. Any unpaid visits due to invalid referral or no referral will become the patient's responsibility.

REFRACTIONS *Initials* _____.

- The Medical testing that is performed in order to get a prescription for glasses. Refraction determines the eye's refractive error or need for corrective lenses. However, it is considered a non-covered service by Medicare and most insurance companies; thus, it becomes the patient's responsibility to pay for the refraction charge. Our fee for the refraction is **\$75.00** and is collected at the time of the visit.

SPEC CHECK

- All glasses checks must be done within 90 days of the written prescription date. Any glasses check exams beyond 90 days will be charged as an office visit with a refraction fee if a new prescription is given.

MISSED APPOINTMENTS *Initials* _____.

- Our policy is to charge \$50 for missed appointments not cancelled within 24 hours of your appointment. This is because our staff has already been scheduled, and all materials were prepared for your specific appointment. Less than 24 hours does not allow us enough time to schedule another patient into your reserved spot. These fees are your responsibility and billed directly to you. We recognize that last-minute issues that cannot be avoided will be discussed on a case-by-case basis.
- Repeated missed or rescheduled appointments may result in termination from practice.

CREDIT CARD ON FILE *Initials* _____.

- 3C Vision Specialists requires that you keep a credit card on file with our office to pay any balance due after insurance has paid its portion on your bill. We'll send you a bill and wait 30 days for payment. After 30 days, we will give a courtesy phone call charging the credit card for the amount.

I read the financial policy of 3 C Vision Specialists. I acknowledge and agree to pay for any services and tests that are not covered by my insurance plan.

PATIENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

FERNANDO TRUJILLO, MD

Política Financiera

SEGUROS Y PAGOS

- Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato.
- Al firmar la Política financiera, autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a 3 C Vision Specialists. Entiendo que soy financieramente responsable de mis deducibles, coseguros, copagos o procedimientos considerados como servicios no cubiertos, también autorizo a 3 C Vision Specialists a divulgar cualquier información requerida para procesar mi reclamo.
- Todos los cargos son su responsabilidad, ya sea que la compañía de seguros pague o no. No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán.
- Los pagos por servicios, así como los deducibles y copagos no pagados se vencen en el momento en que se prestan los servicios.
- Si su seguro no paga, le exigimos que pague el saldo en efectivo, cheque o cualquier tarjeta de crédito principal. Todos los cargos impagos son su responsabilidad.
- Los cheques personales devueltos por fondos insuficientes darán como resultado un cargo por cheques devueltos de \$ 35.00 a su cuenta. Deberá proporcionar un método de pago alternativo para futuras visitas.

3 C Vision Specialists PA, NO ACEPTA PLANES DE VISIÓN.

- Si ve al Dr. Trujillo y **No tiene** un diagnóstico médico, la visita es considerar un examen de rutina y si **NO tiene** un seguro médico con cobertura de la vista de rutina o si participa en un plan de la vista, será responsable de los cargos incurridos .

Refracciones: la prueba médica que se realiza para obtener la receta de anteojos. La refracción es el proceso de determinar el error de refracción del ojo o la necesidad de lentes correctivos. Sin embargo, es considerado un servicio no cubierto por Medicare y la mayoría de las compañías de seguros; por lo tanto, se convierte en responsabilidad del paciente pagar el cargo de refracción.

Nuestra tarifa por la refracción es de **\$ 65.00** y se cobra al momento de la visita, además de cualquier copago o deducible o saldo adeudado de la parte médica de su examen. **Iniciales** _____.

TARJETA DE CREDITO EN EL SISTEMA: 3C Vision requiere tener su # de tarjet ade credito en caso que su seguro medico no pague completamente y tenga usted un balance. Le estaremos enviando una factura por el monto que debe y 30 dias para pagarlo. Al cabo de 30 dias lo estremos llamando y comunicando el valor cobrado a su tarjeta de credito. **Iniciales** _____.

Revision para la prescripcion de anteojos: a partir del 01/06/19, todas las comprobaciones de anteojos deben realizarse dentro de los 90 das a partir de la fecha de prescripción escrita. Cualquier examen de verificación de anteojos más allá de los 90 días se cobrará como una visita al consultorio con una tarifa de refracción si se administra una nueva receta.

PAGO PRIVADO

- Usted será responsable de todos los cargos que se pagarán en su totalidad al momento de los servicios

CANCELACIONES O PERDER LA CITA MEDICA

- Cualquier cita perdida o no cancelada con al menos 24 horas de anticipación se le cobrará \$ 50.00 por la tarifa de inconvenientes. **Iniciales** _____.

- Cancelaciones repetidas o reprogramdas resultan en la terminación de servicio con la práctica.

- He leído la información anterior y entiendo la política financiera, la política de refracción y la política de cancelación y no presentación. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo de estos servicios.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FERNANDO TRUJILLO, MD

Revised Jan.. 2024

Request for Medical Records Form Solicitud de Formulario de Registros Médicos

By signing this form, I authorize you to request confidential health information about me by requesting a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, from a physician or facility. This will be kept in my file for one year. Al firmar este formulario, le autorizo a solicitar información médica confidencial sobre mí solicitando una copia de mis registros médicos, o un resumen o una descripción de mi información médica protegida, a un médico o centro. Esto se mantendrá en mi archivo durante un año.

Patient print name(nombre de paciente): _____ DOB(F.D.N): _____

Patient Signature(firma del paciente): _____ Date(Fecha): _____

Start date: _____ End date: _____

*****OFFICE USE ONLY*** USO DE OFICINA SOLAMENTE*****

Facility: _____

Phone: _____ Fax: _____

DOS REQUESTED: _____ to _____

____ Progress note (s)

____ Labs

____ Radiology Reports

____ Pathology Reports

____ EKG

Other: _____

*****PLEASE FAX REQUESTED RECORDS TO FAX# 210-599-6622.*****

Confidentiality Notice:

Revised 12/21

FERNANDO TRUJILLO, MD

The documents accompanying this facsimile transmission are confidential and privileged. The information is intended only for the above individual or entity. The authorized recipient of this information is prohibited from disclosing copying distribution or action taken in reliance of the contents of these documents is strictly prohibited. If you have received this facsimile by error, please notify the sender intermediately by phone. If there are any problems, please call the number above.