

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

Are you interested in contact lens? (¿Usas lentes de contacto? ¿O está interesado en 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

COVID-19

1. Have you tested positive for COVID-19 within the last 14 days?

(Se ha hecho el examen de COVID-19 en los ultmos 14 dias?)

YES (SI) OR (o) No (no)

2. Has anyone in your household tested positive for COVID-19 within the last 14 days?

(Algun miembro de su familia se ha hecho el exam de COVID-19 en los ultimos 14 dias y ha sido positivo?)

YES (SI) OR (o) No (no)

3. Do you have any of these symptoms in the last 3 days? (circle any that apply)

(Ha tenido alguno de estos simtomas en los ultimos 3 dias? (circule todos los que aplican)

Fever (Fiebre)

Sore throat (Dolor en la garganta)

Nonproductive dry cough (Toz seca)

Shortness of breath (Costo de respiracion)

Severe headache (Fueutr dolor de cabeza)

Diarrhea (Diarrea)

Vomiting (Vomito)

Muscles aches/pain (Dolor en los musclos)

NONE (ninguno)

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

Welcome to 3 C Vision Specialists, we are proud to serve your ophthalmology needs. We are committed to providing you with the best available medical care and opportunity to serve you. Our personnel will be please to discuss our fees and policy with you at any time.

3 C Vision Specialists DOES NOT ACCEPT VISION PLANS.

INSURANCE POLICY:

- Insurance is between you and the insurance company. We are NOT a part of that contract.
- By signing the Financial Policy, I am authorizing 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 as non-covered services, I also authorize 3 C Vision Specialists to release any information required to process my claim.
- All charges are your responsibility whether the insurance company pays or does not pay. Not all services are covered benefits in all contracts. Some insurance companies arbitrarily select certain services they will not cover.
- Payments for services as well as unpaid deductibles and copayments are due at the time services are rendered.
- If your insurance doesn't pay, we require that you 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 returned check fee of \$35.00 to be assessed to your account. You will need to provide an alternative method of payment for future visits.
- If you see Dr. Trujillo and you **DO NOT** have a medical diagnosis, the visit is consider a **routine vision exam** and if you **DO NOT** have medical insurance with routine vision coverage or you are participate in a vision plan you will be responsible for charges incurred.
- There is a Return Check Fee of \$35.00.

REFRACTIONS

- **The Medical testing that is performed to get the prescription for glasses.** Refraction is the process of determining 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 responsibility of the patient to pay for the refraction charge. Our fee for the refraction is **\$45.00** and is collected at the time of the visit, in addition to any copayment or deductible or balance due from the medical portion of your examination. **Initials** _____.

SPEC CHECK

- Effective 06/01/19 all glasses check must be done within 90 from the written prescription date. Any glasses check exams beyond the 90 days will be charged as an office visit with refraction fee if new prescription is given.

PRIVATE PAY

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

HMO/MANAGED CARE

- You have to a Referral (Approved authorization number from your PCP/HMO) before your appointment. It is your responsibility to obtain your referral from Primary Care Doctor before appointment. Any unpaid visits due to invalid referral or no referral will become the patients responsibility.

CANCELLATIONS AND NO SHOWS

- Any appointment missed or not canceled at least 24 hours in advance will be charged **\$50.00** fee. **Initials** _____
- If you have a No Show fee or cancellation fee, you account is locked and \$50.00 fee has to be paid to unlock your account to reschedule the appointment. **Initials** _____
- Repeated cancellations, rescheduled appointment or no shows my result in termination from practice.

FERNANDO TRUJILLO, MD

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

PATIENT SIGNATURE : _____ DATE: _____

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 **\$ 45.00** 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** _____.

Revisión para la prescripción de anteojos: a partir del 01/06/19, todas las comprobaciones de anteojos deben realizarse dentro de los 90 días 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 Y NO EXPOSICIONES

- 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 reprogramadas 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

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:

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.