

Children's Eye Center of El Paso

PATIENT REGISTRATION (Registro paciente)

PLEASE FILL OUT COMPLETELY

(LLENE POR FAVOR COMPLETAMENTE)

Patient Name: Last(apellido) _____ First(nombre): _____ Middle Init.(inicial): _____

Address: _____ Apt #: _____ City, State & Zip: _____
(Direccion) (Apto) (Ciudad/estado y codigo postal)

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ DOB: _____
(telefono) (telefono de trabajo y celular) (fecha de nacimiento)

Email address: _____ Male _____ Female _____ SSN# _____
(Hombre) (femina) (seguridad social)

Family Pediatrician/Doctor : _____ Referred by : _____
 Physician Optometrist Other: Name: _____
(doctor de cuidado primario)

Responsible Party/Parent Name: _____ Relationship to Patient: _____
(persona responsable a pagar) (relacion con el paciente)

Responsible Party Social Security #: _____ DOB: _____
(number de seguro de persona responsable) (fecha de nacimiento)

Parent Cell Phone: _____ How will the bill be paid today? Insurance /cash/ both _____
(Cellular de parente) (¿Cómo será pagada la cuenta hoy?)

EMERGENCY CONTACT: _____ PHONE #: _____
(contacto de caso de emergencia) (numero de telefono)

Primary Insurance Company Name: _____
(nombre de segura primario)

Policy/Insurance ID Number: _____ Group Number: _____
(numero de política) (numero de grupo)

Primary Policy Holders Name: _____ Policy Holder Date of Birth: _____
(el nombre de la persona que lleva el seguro) (fecha de nacimiento)

Relationship to Patient: _____ Employer: _____
(relacion con el paciente) (patron)

Co-pay: _____ Deductible: _____
(copago) (deducible)

Secondary Insurance Company Name: _____
(nombre de aseguranza secundaria)

Policy/Insurance ID Number: _____ Group Number: _____
(numero de política) (numero de grupo)

Primary Policy Holders Name: _____ Policy Holder Date of Birth: _____
(el nombre de la persona que lleva el seguro) (fecha de nacimiento)

Relationship to Patient: _____ Employer: _____
(relacion con el paciente) (patron)

Co-pay: _____ Deductible: _____
(copago) (deducible)

Where did you hear about Children's Eye Center? ___ family doctors office ___ internet ___ friend/family ___ patient ___ other
Como Se Entro de Children's Eye Center? (oficina de los medicos) (internet) (amigo/familia) (paciente) (otro)

I certify that information provided pertaining to my health insurance coverage is true and correct. I authorize that payment for services rendered should be made payable to Children's Eye Center authorize release of medical information necessary to process this (these) claim(s). I have read all the terms and conditions contained in this agreement and agree to be bound by these terms and conditions.

Yo certifico que la información proporcionada en relación a mi cobertura de seguro de salud es verdadera y correcta. Yo autorizo que el pago por los servicios prestados deben hacerse pagaderos a los niños? S Eye Center, PLLC autorizar la liberación de la información médica necesaria para este proceso (estos) crédito (s). He leído todos los términos y condiciones contenidos en este acuerdo y se obligan a cumplir con estos términos y condiciones.

Signature: _____ Date: _____
(firma) (fecha)

Children's Eye Center of El Paso
Violeta Radenovich, MD
Office and Financial Policy

Welcome to our office! We are pleased that you have chosen Children's Eye Center to provide your care and service. We want to take a moment of your time to inform you of our policies regarding our office and payment.

We accept cash and debit/credit card for payment on your account. If you have insurance which we do not contract with, you will be expected to make a full on the day of your visit. If your insurance is one we do contract with, you are expected to pay your co-pay at the time of your visit.

PHOTOGRAPHIC RELEASE: By signing this form you are giving consent/authorization for Children's Eye Center along with those affiliated, the right and permission to copyright, reproduce, telecast, and/or publish the photograph and/or video in which your child may be involved for treatment, research purposed, or for any lawful reproduction whatsoever, without limit or reservation.

COMMERCIAL/PRIVATE INSURANCE: As a courtesy we will be happy to file your insurance for you. You will be required to provide a copy of your insurance card and all necessary billing information. If you owe on your deductible or owe a co-pay we will need to collect that at the time of service. All insurance payments that are paid directly to you must be endorsed and paid to this office/physician. It is your responsibility to contact your insurance in the event of non-payment or discounted payments. Many private insurance companies in an effort to set physician fees restrict payment indicating that fees are over their "Usual and Customary" fees for this area. We have hired consulting firms to ensure our fees are comparable to that of other offices providing the same quality and level of care. We will not allow insurance companies to set our fees for us, based upon their willingness to pay.

CONTRACTED INSURANCES: We will submit a claim directly to the insurance carrier if you provide us with the necessary information. This includes a copy of your insurance card, an address to submit claims to and a telephone number allowing us to verify your coverage. You still are responsible for payment of your co-pay at the time of service and any amounts not covered by your insurance, including deductibles. If coverage is denied for any reason, you are responsible for payment of the entire balance due, based on our normal fee schedule.

XXX _____ **In the event Children's Eye Center is not contracted with your health plan, you will be**
Initial here **responsible for any out of network, coinsurance, or deductible applied.**

NO INSURANCE: If you do not have insurance, we expect you to pay for your visit at the time of service. In the event of surgery, our Financial Advisor can help answer questions about financial arrangements.

MEDICARE: We are participating providers with Medicare. We will submit your claim to your insurance. Medicare will process the payments to us. You are responsible for your deductible and any co-pays/co-insurance at the time of service.

NO SHOW FEE: In the event your appointment is not canceled 24 hours in advance and/ or you do not show for your appointment, there will be a \$25.00 fee assessed to your account. Appointment confirmation is provided electronically. Please respond appropriately to avoid this fee.

ADDITIONAL FEES: Dicated reports, letters, and other similar services are provided at a minimum charge of \$25.00. Telephone consultations are collected from the patients' responsible party, as they are usually not a covered service.

NON-PAYMENT: In the event your account becomes delinquent, you will be responsible not only for charges incurred but also any costs involved in collection on your account. These include but are not limited to interest charges, rebilling fees, court costs, attorney fees, and collections costs. A collection agency may be used to collect on delinquent accounts. Insurance benefits are a matter between you and your insurance company. You are ultimately responsible for the payment on your account.

If you have any questions regarding our payment policies, please ask us before your visit. Thank You!

I have read and understand the payment policies set forth and have been given the opportunity to ask questions about this policy. I understand my responsibility for payment of my account with Children's Eye Center, PLLC and have provided to the best of my ability the information requested accurately and completely.

XXX _____
Patients/Responsible Party Signature
(firma)

_____ Date
(fecha)

Children's Eye Center of El Paso
Violeta Radenovich, MD
Office and Financial Policy

"Bienvenidos a nuestra oficina! Nos complace que usted haya elegido la **Children's Eye Center** of El Paso para brindarle atención y servicio. Queremos tener un momento de su tiempo para informarle de nuestras políticas en cuanto al pago con nuestra oficina."

"Aceptamos dinero en efectivo y cheques personales para el pago en su cuenta. Si usted tiene seguro que no con el contrato, se le espera para hacer un pago total o parcial en el día de su visita. Si su seguro es un contrato con nosotros, se espera que usted pague su co-pago en el momento de su visita."

seguros privadas en un esfuerzo para establecer las tasas médico que indica que limitar el pago de sus honorarios son \"normales y de costumbre\" honorarios para esta área. Hemos contratado a empresas de consultoría para asegurar que nuestros honorarios son comparables a los de otras oficinas que proporcionan la misma calidad y nivel de atención. No permitiremos que las compañías de seguros a tasas establecidas por nosotros, sobre la base de su disposición a pagar."

"COMERCIAL / SEGUROS PRIVADOS: Como cortesía estaremos encantados de presentar su seguro para usted. Se le pedirá que proporcione una copia de su tarjeta de seguro y todos los datos de facturación. Si usted debe en su deducible o debemos un co-pago que tendrá que recoger que en el momento del servicio. Todos los pagos de seguros que se pagan directamente a usted debe ser aprobado y pagado a esta oficina / médico. Es su responsabilidad ponerse en contacto con"

" XXX _____ En el caso de Children's Eye Center of El Paso no es un contrato con su plan de salud, se le Inicial aquí responsables de ninguna de red, el coseguro, o deducible aplicado."

"NO SEGURO: Si no tiene seguro, esperamos que usted pague por su visita en el momento del servicio. En el caso de la cirugía, nuestro asesor financiero puede ayudar a responder preguntas acerca de los arreglos financieros.

MEDICARE: Estamos participando con los proveedores de Medicare. Vamos a presentar su reclamo a su seguro. Medicare proceso de los pagos a nosotros. Usted es responsable de su deducible y cualquier co-pays/co-insurance en el momento del servicio."

" No se presente PRECIO: En el caso de su designación no se cancela con 24 horas de anticipación y / o que usted no se presente para la cita, habrá una tasa de 25,00 dólares evaluarse a su cuenta.

Cheque devuelto: En caso de que su banco devuelve un cheque a nuestra oficina de pago, habrá un retorno \$ 25.00 cheque de pago con cargo a su cuenta."

"NO PAGO: En caso de que su cuenta se convierte en delinquentes, usted será responsable no sólo de los gastos, sino también de todos los costes asociados en la extracción en su cuenta. Estos incluyen, pero no se limitan a los intereses, rebilling honorarios, gastos judiciales, honorarios de abogado, y las colecciones de los costos. Una agencia de cobranza puede ser utilizado para recoger en las cuentas morosas. Las prestaciones de los seguros son un asunto entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable en última instancia para el pago en su cuenta."

"Si tiene alguna pregunta acerca de nuestra políticas de pago, por favor pregunte antes de su visita. Gracias!

He leído y entiendo las políticas de pago establecidas y se les ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta política. Entiendo mi responsabilidad de pago de mi cuenta con el Centro de **Children's Eye Center of El Paso** y han proporcionado a lo mejor de mi capacidad la información solicitada con exactitud y completamente."

Firma: _____ **Fecha:** _____

**Children's Eye Center of El Paso
Violeta Radenovich, MD**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT
AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE INTIMIDAD**

I understand that under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 ("HIPAA") I have the right to privacy regarding my protected health information. I understand that this information will be used to carry out treatment, payment and health care operations.

Entiendo que conforme al Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") tengo el derecho a la intimidad en cuanto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información será usada para realizar tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica.

If you would like a copy of the full Privacy Policy, please ask the front desk

I hereby acknowledge that I have been presented/offered a copy of Children's Eye Center's Notice of Privacy Practices containing a more complete description of the uses and disclosures of my protected health information and my individual rights with respect to my protected health information.

Por este medio reconozco que me han presentado una copia del Aviso del Centro de Ojo de Niños de Prácticas de Intimidad que contienen una descripción más completa del uso.

PATIENT NAME:

(nombre de paciente)

SIGNATURE:

(firma)(parent/guardian)

DATE:

(fecha)

OFFICE USE ONLY (USO DE OFICINA SÓLO)

I have attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement of this **Notice of Privacy Practice Acknowledgement**, but was unable to do so as documented below:

He intentado obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este Aviso del Reconocimiento de Práctica de Intimidad, pero era incapaz de hacer para documentó abajo:

Date: _____ Initials: _____ Reason: _____

Children's Eye Center of El Paso- New Patient Questionnaire

PLEASE FILL OUT COMPLETELY

Patient Name: (nombre de paciente) _____ Date of Birth (fecha de nacimiento) _____

Who is accompanying the patient today: mom dad grandparent guardian other _____
 La persona que acompaña al paciente : mama papa fomente mama/papa guardián otro _____

Please check either yes or no for each of the following questions: Verifique por favor o sí o no para cada una de las preguntas siguientes

Social History: Student excellent/average/below average Smokers in the home Lives with parents/grandparents/fostercare/adopted

Family Ocular/Medical History: Which of the patient's relatives have had any of the following? (IN BLANK SPACE RIGHT IN RELATIONSHIP)
 Historia Familiar: ¿Cuál de los pacientes familiares han tenido cualquiera de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| <p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blindness (Ceguero) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amblyopia (lazy eye) (ojo perezoso) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patching Treatment (tratamiento de parches) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Strabismus (crossed eye) (ojo Cruzados) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eye Muscle Surgery (cirugía del ojo musculo) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glasses before age 6 (Lentes antes de los 6 años) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Are both parents alive and in good health? (son ambos padres vivos y en buen estado de salud)? _____</p> | <p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cataracts in childhood (cataratas en la infancia) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma in childhood (Glauoma en la infancia) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other serious eye disease (otras graves enfermedades del ojo) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Complications from anesthesia (complicaciones de anesthesia) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genetic disease (in family) (enfermades genetic) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other serious illnesses (otras graves enfermedades) _____</p> |
|---|--|

Patient Medical History (medical history and review of symptoms)

- | | |
|--|--|
| <p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fever or weight loss (Fiebre de la perdida de peso)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequent ear infections (infecciones del oido)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other ear, nose, or throat problems (problemas de oido, nariz, o garganta)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart problems (problemas del corazon)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lung disease (enfermedad pulmonary)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney or urinary disease (enal o urinaria)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis (artritis)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergies to medications? (if "yes" list): _____
 <small>(Alergia a los medicamentos? "Si" la lista)</small></p> | <p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin rash (la erupcion cutanea)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologic problems (problemas ,eurologicos)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mental illness (enfermedad mental)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sickle cell disease (enfermedad de celulas falciformes)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergies: (alergias) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Missing Immunizations (falta inmunizaciones)</p> |
|--|--|

List any previous surgery, hospitalization, major illnesses, or injuries (other than eye problems)
(Lista anteriores cirugía, la hospital, las principales enfermedades, o lesions (except de los ojos) _____

List any medications the patient is taking, including eye drops: _____
(Lista de medicamentos que esto tomando, incluyendo gotas para los ojos)

History of Eye Problems: Has the patient had any of the following and at what age (other than today)? (RIGHT IN AGE IN BLANK SPACE)

Historia de problemas de los ojos: el paciente ha tenido alguno de los siguientes y ¿a qué edad?

- | | | |
|--|---|--|
| <p>Yes No Age</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Last Eye Exam (examen de ojos) _____ (do not include today)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glasses (lentes) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patching (parches) _____</p> | <p>Yes No Age</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eye Injury (lesion en el ojo) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eye Surgery (cirugía ocular) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other Eye problems (otros problemas de ojo) _____</p> | |
|--|---|--|

Recent Symptoms los últimos síntomas cuánto tiempo?

- | | | |
|--|---|--|
| <p>Yes No How Long?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Crossed/ wandering eye (ojos cruzados) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Excessive squinting (excesivo squinting) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Double vision (doble vision) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Excessive eye rubbing (excesivo de ojos frontando) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequent tearing or discharge (lagrimeo o descarga) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blurred vision (vision borrosa) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Light sensitivity (sensibilidad a luz) _____</p> | <p>Yes No How long?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequent Headaches (Dolores de cabeza frecuentes) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tired eyes when reading (ojos cansados al leer) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Weakness or numbness (dedilidad o entumecimiento) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clumsiness or bumping into things (torpeza o golpes) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Can't make normal eye contact (no puede hacer contacto con los ojos) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Change in performance in school (cambio en la escuela) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other symptoms not mentioned above (otras no mencionados) _____</p> | |
|--|---|--|

Birth History (historia de nacimto de pacientes)

Birth weight: (peso al nacimiento) _____

Yes No (" if yes" what was the problem?)

- Problems during pregnancy (problemas durante el embarazo)
- Problems during forceps delivery (problemas de forceps)
- Cesarean section (cesarea)

Yes No

- Delivery more than two weeks early or late (circle one)
(entrega mas de dos semanas temprano o tarde)
- Baby kept in hospital due to illness/What illness? (mantenese bebes en el hospital)
- Delayed Development (retraso en el desarrollo)

Forms completed by: _____ Relationship : _____

Reviewed by DR. _____ Date: _____