

¡Bienvenido a nuestra oficina!



Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____

Nombre: _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Idioma Principal: _____

Número de Teléfono: () _____

Número Secundario: () _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Custodio: _____

Número del Custodio: () _____

¿A QUIÉN DEBEMOS NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA?

_____	()	_____
Nombre	Teléfono	Relación

¿Cuál es el propósito principal de esta visita?

- _____

¿Problemas con sus lentes de contacto o gafas actuales?

- _____

¿Interesado en la Corrección Láser de Visión? (LASIK)

- _____

¡MUY IMPORTANTE!

Doctor de Cabecera: _____

Número de Teléfono: () _____

Farmacia Preferida: _____

Teléfono de la Farmacia (si lo sabe) () _____

Optometrista (Doctor de los ojos): _____

Ciudad: _____ Estado: _____

En Inland Eye Specialists, somos profesionales comprometidos a brindarle la atención ocular más completa disponible en un ambiente respetuoso y compasivo. También prometemos educarle a fondo sobre sus necesidades de visión y salud ocular.

Estamos dedicados a avanzar activamente nuestro conocimiento y experiencia en el campo de la atención ocular para ofrecerle tecnología y productos de vanguardia, maximizando así su calidad de vida.

Como resultado de nuestros esfuerzos unidos, le proporcionaremos el más alto nivel de servicio y valor para garantizar que nuestra relación con usted, su familia y amigos dure por muchos años.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro de Visión: _____

Nombre del Suscriptor: _____

N.S.S. del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Seguro Médico Principal: _____

Nombre del Suscriptor: _____

N.S.S del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR
CUALQUIER CARGO NO CUBIERTO POR
SEGURO MÉDICO O DE VISIÓN:

(FIRMA)

(FECHA)

¿Cómo eligió nuestra oficina?

- ☐ Paciente Actual ☐ Redes Sociales: Instagram Facebook Otro: _____
- ☐ Lista de seguro medico ☐ Otro: _____
- ☐ Correo Electronico

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL OCULAR Y PROCEDIMIENTOS ANTERIORES:

A ¿Ha sido diagnosticado con ALGÚN problema ocular o se ha sometido a ALGUNA cirugía o procedimiento ocular?
(cataratas, cirugía de cataratas, glaucoma, cirugía de glaucoma, degeneración macular, problemas de retina, LASIK, etc.)

▼ ☐ SÍ ☐ NO

Por favor, enumere todos los PROBLEMAS OCULARES y PROCEDIMIENTOS.	Fecha	¿Ojo izquierdo / derecho / Ambos?

HISTORIA FAMILIAR

B ¿Algún miembro de su familia tiene ALGUNA enfermedad médica o ocular?
Si la respuesta es SÍ, indique la relación con el paciente.

Enfermedad	Sí	No	Relación
Degeneración macular	☐	☐	
Glaucoma	☐	☐	
Problemas de retina	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	

Comentarios: _____

C

HISTORIA SOCIAL

▼ ☐ SÍ ☐ NO

¿Fuma? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es sí, ¿cuánto? ____ paquetes por día

¿Exfumador? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es sí, ¿cuándo dejó de fumar? _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

D

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas?

Preguntas	Sí	No	Por favor explique si es Sí
1 ¿Tiene alguna alergia a algún medicamento?	☐	☐	
2 Constitucional (fiebre, pérdida de peso, fatiga, otros)	☐	☐	
3 Oído Nariz Boca Garganta (pérdida de audición, problemas sinusales, dolor de garganta, dificultad para respirar)	☐	☐	
4 Cardiovascular (problemas cardiacos, dolor en el pecho, latidos irregulares, cirugía del corazón, trastornos sanguíneos, etc.)	☐	☐	
5 Respiratorio (asma, dificultad para respirar, sibilancias, tos)	☐	☐	
6 Gastrointestinal (acidez, dolor abdominal, diarrea, vómitos)	☐	☐	
7 Genitourinario (problemas urinarios, sangre en la orina)	☐	☐	
8 Piel/Musculoesquelético (erupciones cutáneas, sequedad excesiva, dolores musculares, dolor en las articulaciones, articulaciones inflamadas)	☐	☐	
9 Neurológico (entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza, parálisis)	☐	☐	
10 Alérgico/Inmunológico (fiebre del heno, alergias)	☐	☐	
11 Endocrino (problemas de tiroides, diabetes, enfermedades autoinmunes)	☐	☐	
12 Cáncer Trauma Lesiones	☐	☐	

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

E

MEDICAMENTOS ACTUALES

¿Está tomando actualmente ALGÚN medicamento, vitamina o suplemento?

Si la respuesta es SÍ, por favor liste todos, incluyendo los miligramos y la cantidad de veces al día, si lo sabe.

Nombre del medicamento	Dosis (mg.)	Frecuencia de administración

Por favor, firme a continuación para dar su consentimiento a la recopilación de información sobre recetas que hayan sido surtidas en cualquier farmacia o cubiertas por algún plan de seguro médico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

¡Gracias!



CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO:

Entiendo que el paciente, que puede definirse como yo, mi hijo o un niño por el que tengo responsabilidad legal, necesita atención y tratamiento médico y doy mi consentimiento para dicho tratamiento en Inland Eye Specialists. El tratamiento proporcionado por proveedores médicos, enfermeras y asistentes médicos en Inland Eye Specialists puede incluir evaluación y gestión, pruebas de laboratorio y de otro tipo; atención y procedimientos médicos, de enfermería y de asistencia médica de rutina. Entiendo que se pueden tomar fotos o videos del paciente en relación con dicho tratamiento, y para la mejora operativa y de calidad.

No hay Garantía: Reconozco que no se ha dado ninguna garantía o aval con respecto al tratamiento o los servicios que serán proporcionados por Inland Eye Specialists. Entiendo que todos los suministros, dispositivos médicos y otros bienes proporcionados al paciente son proporcionados por Inland Eye Specialists TAL CUAL y Inland Eye Specialists renuncia a cualquier garantía expresa o implícita.

Derechos del Paciente: Entiendo que una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente está disponible a petición. Esta información me dice cómo registrar una queja o reclamo que pueda tener, relacionado con el cuidado del paciente en Inland Eye Specialists.

Pruebas de Enfermedades Transmisibles: Estoy de acuerdo en que si un empleado o proveedor de Inland Eye Specialists está expuesto a la sangre u otros fluidos corporales del Paciente, de acuerdo con la ley estatal, Inland Eye Specialists puede hacer pruebas al Paciente para determinar la presencia de enfermedades contagiosas, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la hepatitis. Entiendo que los resultados de estas pruebas serán confidenciales.

Eliminación de la Muestra: Reconozco que Inland Eye Specialists puede, a su sola discreción, retirar, retener o disponer de cualquier tejido o partes del cuerpo que se le hayan retirado al paciente.

Mensajes de Texto: Entiendo que Inland Eye Specialists puede enviar notificaciones a mi teléfono móvil. Estos mensajes son textos de No Responder con fines informativos solamente y no están destinados a ser una forma de comunicación bidireccional. Reconozco que se aplicarán las tarifas y tasas estándar de los mensajes de texto. Los mensajes pueden incluir información privada de salud y de facturación protegida por la ley federal y estatal. La mensajería utiliza una red telefónica pública y no se garantiza la encriptación y seguridad total, y cualquier persona con acceso a mi teléfono podrá ver estos mensajes a menos que tome medidas para proteger mi teléfono con una contraseña o PIN. Tendré la opción de excluirme de los mensajes de texto en cualquier momento utilizando la función STOP.

Acceder a la Información de la Farmacia: Estoy de acuerdo en que si un empleado o proveedor de Inland Eye Specialists necesita acceder a la información de mi farmacia, tiene mi permiso para hacerlo.

No Discriminación: Inland Eye Specialists cumple la Legislación Federal aplicable en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (en consonancia con el alcance de la discriminación por razón de sexo descrito en § 92.101(a)(2)). Inland Eye Specialists no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Reconozco que he recibido una copia completa del Aviso de No Discriminación y Asistencia Lingüística, y que puedo solicitar una copia adicional en cualquier momento.

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

Aviso sobre Servicios de Asistencia Lingüística y Ayudas y Servicios Auxiliares: Inland Eye Specialists proporciona modificaciones razonables para las personas con discapacidad, así como ayudas y servicios auxiliares apropiados de conformidad con la Sección 1557, incluidos intérpretes cualificados para personas con discapacidad e información en formatos alternativos, incluidos, entre otros, letra grande, Braille, audio grabado y formatos electrónicos accesibles, de forma gratuita y oportuna, cuando dichas modificaciones son necesarias. Inland Eye Specialists también proporciona servicios de asistencia lingüística, incluidos documentos electrónicos y escritos traducidos e interpretación oral, de forma gratuita y en el momento oportuno, a las personas con un dominio limitado del inglés. Entiendo y reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de No Discriminación y Asistencia Lingüística completo al menos una vez al año y/o a petición mía y en el idioma u otro formato que yo requiera, y que puedo elegir no recibir este aviso completo. Entiendo que Inland Eye Specialists no condiciona la percepción de ninguna ayuda o beneficio a mi decisión de no participar. También comprendo que el hecho de no recibir la Notificación no supone una renuncia a mi derecho a recibir servicios de asistencia o ayudas auxiliares. Reconozco que si decido no recibir el Aviso, Inland Eye Specialists documentará mi decisión de no recibirlo en mi expediente de paciente. Reconozco que Inland Eye Specialists documentará mi idioma principal y cualquier ayuda y servicio auxiliar apropiado que requiera, y me proporcionará dichos servicios según sea necesario.

Doy mi consentimiento para recibir mi prescripción de gafas y/o lentes de contacto electrónicamente a través del portal del paciente. Entiendo que también puedo solicitar una copia en papel de mi prescripción en cualquier momento después de que se finalice en mi expediente médico y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

☐ Sí

☐ No

Formulario de Contacto Alternativo/Método de Comunicación Preferido

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nosotros Inland Eye Specialists tomamos su confidencialidad médica muy en serio. No daremos ni podemos dar a conocer información sin su autorización por escrito.

Esta autorización permite a nuestro personal hablar solo con la(s) que usted designe en caso de que no esté disponible para recibir llamadas telefónicas o tenga un miembro adulto que ayude a coordinar su atención médica. Usted no debe designar a su médico.

Como parte de nuestra Política de Privacidad del Paciente, no dejaremos ninguna información de salud a ninguna otra persona a menos que usted lo autorice específicamente a continuación:

☐ Yo **NO** autorizo a nadie a recibir información sobre mi atención medica.

☐ Yo autorizo a mi médico y al empleado de esta clínica a hablar con:

1. _____, mi _____, su número de
NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA RELACION AL PACIENTE

teléfono es: _____, en relación con mis CITAS Y CUENTA/FACTURA

2. _____, mi _____, su número de
NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA RELACION AL PACIENTE

teléfono es: _____, en relación con mi ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO (incluidos los resultados de pruebas y análisis de laboratorio).

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

La comunicación electrónica es mi método preferido ____ Si ____ No

(Para poder comunicarnos electrónicamente con usted o con cualquier persona que usted designe, necesitamos su autorización por escrito. La comunicación puede realizarse de las siguientes formas: Teléfono particular/Contestador Automático, Teléfono Móvil: Buzón de Voz, Mensajes de Texto del Móvil, Correo Electrónico, Correo Postal o Teléfono del Trabajo).

Esta autorización permanecerá en vigor a menos que sea modificada por mí, mientras sea paciente de esta oficina. Es mi responsabilidad notificar a esta oficina los cambios y completar un nuevo formulario. Cualquier problema y/o pregunta sobre este formulario debe ser remitido al Funcionario de Privacidad.

Estoy de acuerdo en que si deseo revocar esta autorización, lo notificaré por escrito.

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra política de "Aviso de Prácticas de Privacidad", disponible en la recepción y también en línea en nuestro sitio web, proporciona información detallada sobre cómo podemos usar y revelar información médica protegida sobre usted. Los detalles de esta política se ajustan plenamente a todas las disposiciones, incluidas las actualizadas más recientemente, de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico aprobada en 1996 (HIPPA). Nuestra "Notificación de Prácticas de Privacidad" establece que nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra política. En caso de que esto ocurra, mostraremos y pondremos a disposición la nueva política y su fecha prevista de aplicación. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre la forma en que su información médica protegida puede ser utilizada o revelada para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con sus restricciones; sin embargo, si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo con usted.

Al firmar a continuación, Yo reconozco el recibo de la "Notificación de Prácticas de Privacidad" y doy mi consentimiento para que ustedes usen y revelen información médica protegida sobre mí para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando la práctica ya ha hecho revelaciones en confianza sobre mi consentimiento previo.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN:

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE NUESTRAS POLÍTICAS DE FACTURACIÓN.
EL PRESENTE CONTRATO PUEDE GENERAR DEUDAS MÉDICAS.
LE ROGAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE.**

En Inland Eye Specialists, puede esperar recibir servicios médicos de forma profesional y atenta. Nos comprometemos a ofrecerle el máximo nivel de servicio y atención de calidad. A cambio, es su responsabilidad facilitar los datos de su seguro. Por favor, tenga su identificación con foto y la información del seguro actual disponible en su visita para asegurar que su reclamo puede ser procesado con prontitud.

1. **SERVICIOS PRESTADOS:** EL PRESENTE CONTRATO, QUE PUEDE GENERAR DEUDAS MÉDICAS, CUBRE TODOS Y CADA UNO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR INLAND EYE SPECIALISTS.
2. **CITAS:** Le rogamos que acuda a las citas programadas y llegue a la hora acordada. Si no puede acudir a su cita, le pedimos que lo notifique con al menos 48 horas de antelación. [Cancelaciones de menos de 24 horas antes de su cita, o un No-Show para su cita, resultará en un cargo mínimo de \$35 por paciente, excluyendo a los pacientes de Medicaid]. Nos reservamos el derecho de no hacer citas de rutina adicionales para usted si tiene un saldo restante por tratamientos

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

anteriores que recibió con nuestras oficinas. Además, cualquier saldo pendiente tendrá que ser resuelto antes de registrarse para una cita.

3. COPAGOS: De acuerdo con su contrato de seguro, usted está obligado a pagar cualquier copago (una pequeña cantidad fija exigida por su aseguradora médica), deducible (cantidad de la que usted es responsable antes de que su aseguradora médica realice el pago) o coseguro (porcentaje del costo total de los gastos médicos una vez alcanzado el deducible) que deba pagar en el momento de recibir el servicio. Si no puede pagar el copago en el momento de recibir el servicio, nos reservamos el derecho de cancelar o aplazar su cita para una fecha en la que pueda pagar el copago. Además, si su cita se mantiene sin el pago del copago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de imponer un cargo administrativo de \$10 en su cuenta para sufragar el costo de asegurar el copago.
4. RECARGAS DE RECETAS/FORMULARIOS: Por favor, solicite las recargas de recetas y presente los formularios que sea necesario completar al inicio de su examen. En ese momento, tenemos pleno acceso a su expediente completo y podemos atender su solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar la cantidad permitida por el estado para rellenar y completar formularios o solicitudes de abogados para sus diversas necesidades (es decir, SSI, discapacidad, etc.).
5. EXÁMENES OCULARES Y GAFAS: Esta política sólo se aplicará si necesita comprar gafas y/o lentes de contacto. Puede solicitar una copia de la política/el procedimiento completo para sus registros.
 - Una revisión de la graduación dentro de los 90 días siguientes al examen original
 - Una nueva graduación en un plazo de 90 días a partir de la fecha del pedido original
 - Se permite una nueva fabricación de lentes durante el periodo de garantía de 1 año
 - Se permite una remodelación de la montura en un plazo de 30 días, incluida una tasa de 50 dólares
 - Las monturas vienen con una garantía del fabricante, contra posibles defectos, con validez por 1 año
 - Todos los pedidos de gafas y/o lentes de contacto deben estar pagados en su totalidad antes de enviarlos al proveedor
 - Todas las ventas son definitivas
6. REFERENCIAS: Si su plan de seguro requiere una referencia, la referencia debe ser presentada antes de ver a un médico. Si no tiene la referencia requerida, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita o tendrá que estar dispuesto a hacerse cargo de la totalidad del costo del examen. Se le presentará una exención en la que reconoce su aceptación como autopago, y el pago deberá efectuarse en el momento del servicio.
7. CHEQUES DEVUELTOS: Todo pago efectuado mediante cheque que no se abone en nuestra cuenta bancaria dará lugar a una comisión por insuficiencia de fondos. Nuestra comisión por fondos insuficientes es de \$25 que se añadirá a su cuenta por cada cheque sin fondos.
8. OTROS SEGUROS: Entiendo que Inland Eye Specialists participa con múltiples planes de seguro y que no todos los Doctores en la Práctica participan con todos los planes o productos dentro de los planes. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi compañía de seguros que mi médico participa actualmente con mi plan. El abajo firmante acepta que estoy obligado individualmente a pagar la totalidad de los cargos de todos los servicios que me preste Inland Eye Specialists si pertenezco a un plan con el que no participe Inland Eye Specialists.
9. SERVICIOS NO CUBIERTOS: Entiendo que los contratos de Inland Eye Specialists con planes de servicios de atención médica se refieren únicamente a artículos y servicios que están cubiertos por los planes de servicios de atención médica. En consecuencia, el abajo firmante acepta la plena responsabilidad financiera de todos los artículos o servicios que los planes de servicios de atención médica determinen que no están cubiertos. **Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son, entre otros, los servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicios de atención médica o en el resumen de beneficios que el plan de servicios de atención médica proporciona al paciente (es decir, refracción, adaptación de lentes de contacto) y tratamientos o pruebas no autorizados por el plan de servicios de atención médica.** El abajo firmante se compromete a cooperar con Inland Eye Specialists para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de atención médica.
10. ACUERDO FINANCIERO: Acepto que, a cambio de los servicios que me preste Inland Eye Specialists, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré los arreglos financieros satisfactorios para Inland Eye

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

Specialists para el pago. Entiendo y acepto que si mi cuenta está morosa y se envía a cobranza, se me puede cobrar hasta un 35% en concepto de gastos administrativos. Si la cuenta se envía a un abogado para que ayude en el cobro, acepto pagar los gastos de cobro y los honorarios razonables del abogado. Cualquier beneficio de cualquier tipo en virtud de cualquier póliza de seguro que asegure al paciente, o cualquier otra parte responsable ante el paciente, se cede por la presente a Inland Eye Specialists. Si mi compañía de seguros o plan de salud designa copagos y/o deducibles, acepto pagarlos a Inland Eye Specialists. No obstante, queda entendido que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de mi factura. Además, entiendo y acepto que si hago caso omiso de las declaraciones de los intentos de cobrar las cantidades adeudadas, puedo tener mi capacidad para programar citas y / o recibir servicios futuros de Inland Eye Specialists limitada incluyendo la posible expulsión como paciente de la práctica.

El titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido, en virtud del artículo 1785.27 del Código Civil, facilitar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de información crediticia de consumidores. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona infringe deliberadamente dicho artículo al facilitar información relativa a esta deuda a una agencia de información crediticia de consumidores, la deuda quedará anulada y no será exigible.

11. **ESTADOS DE CUENTA DEL PACIENTE:** En Inland Eye Specialists, todas las cuentas son pagaderas en un plazo de 30 días tras recibir el primer estado de cuenta. El crédito se concede por cortesía, y los acuerdos se basarán en las necesidades demostradas. Los pagos mantienen su cuenta al día sólo cuando se ha llegado a un acuerdo. Llame al servicio de atención al cliente para hacer acuerdos de pago. Como consecuencia de los costos asociados al envío de estados de cuenta, Inland Eye Specialists no envía estados de cuenta a los pacientes por saldos inferiores a \$20. Los resúmenes de facturación se suprimen hasta que el saldo del paciente asciende a \$20 o más de responsabilidad del paciente. En consecuencia, es posible que reciba un estado de cuenta mucho tiempo después de su última cita o que se le pida que pague pequeños saldos al presentarse a una cita sin haber recibido un estado de cuenta. Los pacientes deben remitir los pequeños saldos adeudados a Inland Eye Specialists cuando reciban la explicación de beneficios de su seguro.
12. **DESPIDO DE PACIENTES:** Estoy de acuerdo y entiendo que Inland Eye Specialists puede iniciar la separación y / o despido de mí como paciente de la práctica por cualquiera de las siguientes razones no exclusivas:
- (a) Comportamiento perturbador, agresivo, violento y/o amenazador hacia los médicos, el personal y/u otros pacientes;
 - (b) Inasistencia reiterada a las citas programadas;
 - (c) Incumplimiento de las instrucciones del médico y del tratamiento recomendado y/u otra erosión de la relación médico-paciente.
 - (d) Impago de montos vencidos y/o falta de pago de montos vencidos según lo acordado en cualquier acuerdo de pago que haya suscrito con Inland Eye Specialists. Tenga en cuenta que, a efectos de esta disposición, los pagos inferiores a la cantidad acordada en un acuerdo de pago se considerarán impagos.

Los pacientes que sean dados de baja de la consulta recibirán una notificación por escrito y dispondrán de 30 días para encontrar un centro oftalmológico alternativo. Se permitirán citas para visitas de emergencia durante los 30 días, pero el pago de una visita de emergencia se cobrará en el momento de la entrada y cualquier cantidad adicional que se deba se cobrará en el momento de la salida.

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

Los médicos y el personal de Inland Eye Specialists agradecen su confianza al permitirnos participar en su atención oftalmológica.

Su firma indica que ha leído, entiende y acepta las políticas y procedimientos de responsabilidad financiera de nuestra oficina.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE/CUIDADOR: _____

FECHA: _____ **HORA:** _____

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

ATTENTION: If you speak English or American Sign Language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Please speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Por favor hable con su proveedor.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Provider.

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请与您的提供商联系。

注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請與您的提供者聯絡。

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Veuillez en parler à votre fournisseur.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Пожалуйста, поговорите со своим провайдером.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة متاح لك. المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات التنسيق التي يمكن الوصول إليها متاحة أيضًا مجانًا. يرجى التحدث إلى مزود الخدمة الخاص بك.

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 귀하의 서비스 제공자에게 문의하십시오.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Makipag-usap sa iyong provider.

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di parlare con il proprio fornitore.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Tanpri pale ak founisè w la.

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርባል፡፡ ምረጃን በተደራሽ ቅርጽ ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ፡፡ እባክዎን አቅራቢዎን ያነጋግሩ፡፡
सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि दनःशुल्क भादषक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रानि ननउपयुक्त सहायता र सेवाहरू पदन दनिःशुल्क उपलब्ध छन्। कृपया आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।
MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Tafadhali zungumza na mtoa huduma wako.
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਢਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੁਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।
注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。プロバイダーにご相談ください。
توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان است در دسترس شماست. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. لطفاً با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Thov nrog koj tus kws kho mob tham.
ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Por favor, fale com seu provedor.
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने प्रदाता से बात करें।
UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Proszę porozmawiać ze swoim dostawcą.
মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।
قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ توجہ دیں: براہ کرم اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.