

# VISION CARE & SURGERY ASSOCIATES

777 E 25<sup>th</sup> St Suite 412-414 • Hialeah, FL 33013

PH: 305-835-7588 FAX: 305-835-6372

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

SS#: (# de Seguro Social para fines de facturación del seguro) \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Celular: \_\_\_\_\_ # de Casa: \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dr. Primario: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

¿Alguien que podamos Contacto en caso de Emergencia? Nombre: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

¿A quién agradecemos por referirlo aquí? ¿Clínica? \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen ocular: \_\_\_\_\_

¿Usas espejuelos? Si  o No  ¿Usas Lentes de contacto? Si  o No

¿Razón de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia Ocular: \_\_\_\_\_

Historia de cirugías oculares: \_\_\_\_\_

¿Alergia a Medicamentos?: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Número telefónico o código postal: \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos que este tomando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA paciente/padre, madre o encargado

\_\_\_\_\_  
FECHA



Diplomates of the American Board of Ophthalmology  
Diseases and Surgery of the Eye

---

Orlando A. Galindez, MD  
Michelle Levin, OD  
Jacquelyn M. Lopez, OD  
Wendy Sosa Guzman, OD

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE  
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN  
DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS**

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DIRECTO A VISION CARE AND SURGERY ASSOCIATES, INC., ORLANDO A. GALINDEZ, M.D. P.A., MICHELLE LEVIN, O.D. P.A., JACQUELYN LOPEZ, O.D., WENDY SOSA GUZMAN, O.D., DE LOS BENEFICIOS ADEUDADOS POR MI COMPANIA DE SEGUROS Y PAGADEROS A MI. AUTORIZO ADEMAS QUE SE LE SUMINISTRE CUALQUIER INFORMACION MEDICA REQUERIDA POR MI COMPANIA DE SEGUROS. COPIA DE ESTA AUTORIZACION PUEDE SER UTILIZADA EN LUGAR DE LA ORIGINAL. TAMBIEN AUTORIZO A TODO PORTADOR DE INFORMACION MEDICA ODE OTRO TIPO ACERCA DE MI PERSONA QUE ESTA SEA SUMINISTRADA AL SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION & HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION, SUS INTERMEDIARIOS O REPRESENTATES, PARA LO QUE SEA NECESARIO REFERENTE A ESTA RECLAMACION O CUALQUIERA OTRA RELACIONADA CON LA MISMA. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE FINANCIERAMENTE POR TODOS LOS CARGOS QUE NO ESTEN CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACION. HABIENDO LEIDO Y ENTENDIDO TODO LO ANTES EXPUESTO.

TAMBIÉN AUTORIZO A VISION CARE & SURGERY ASSOCIATES, INC., A SOLICITAR O OBTENER NOTAS MÉDICAS O HISTORIAL MÉDICO CON FINES DE TRATAMIENTO O ATENCIÓN. TAMBIÉN AUTORIZO A QUE MIS NOTAS MÉDICAS SEAN ENVIADAS A MIS PROVEEDORES COMO MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y/O CUALQUIER ENTIDAD A LA QUE HE DADO CONSENTIMIENTO.

**Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Vision Care and Surgery Associates, Inc. y que he leído y comprendido este avis.**

---

Nombre

---

Firma

---

Fecha



## CONSENTIMIENTO DE TCPA

Acepto recibir llamadas telefónicas recurrentes y/o mensajes de texto SMS o MMS para recordatorios de citas o con fines de marketing al número de teléfono proporcionado, incluidos, entre otros, llamadas o mensajes de texto enviados mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada. Estoy autorizado a dar mi consentimiento para recibir mensajes de texto enviados al número de teléfono proporcionado. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento. Entiendo que el consentimiento no es una condición de compra. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos. Consulte nuestros Términos de servicio para obtener más detalles.

Incluya los números de teléfono a los que se les permite recibir las llamadas telefónicas o mensajes de texto a continuación. Esto puede incluir teléfono celular, teléfono residencial, contacto secundario o contacto de emergencia.

Número de teléfono 1: \_\_\_\_\_

Número de teléfono 2: \_\_\_\_\_

Número de teléfono 3: \_\_\_\_\_

Número de teléfono 4: \_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento para recibir dichas llamadas o mensajes de texto.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_



## **Acuerdo de Responsabilidad Financiera**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente acepto ser financieramente responsable de cualquier costo asociado con los servicios proporcionados por Vision Care & Surgery Associates.

Entiendo que:

1. Cobertura de seguro: Si bien mi seguro puede cubrir algunos o todos los servicios, no hay garantía de cobertura total. Si mi proveedor de seguros niega la cobertura por cualquier motivo, acepto pagar el monto total por los servicios prestados.
2. Copagos y deducibles: Soy responsable de cualquier copago, deducible o coseguro requerido por mi póliza de seguro. Acepto pagar estos montos de acuerdo con las políticas de pago de los proveedores.
3. Servicios no cubiertos: si mi proveedor de seguros considera que algún servicio o procedimiento no está cubierto o está fuera de la red, reconozco que soy responsable del pago completo.
4. Pago oportuno: Acepto realizar pagos con prontitud y entiendo que no hacerlo puede resultar en tarifas, intereses o acciones de cobro adicionales según lo permita la ley.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo este acuerdo y acepto total responsabilidad financiera como se indica.

Nombre del paciente/Tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_