RETINA GROUP OF NEW ENGLAND, PC
NAUMAN A. CHAUDHRY, M.D. ● JUNER COLINA BISCOTTO, M.D.
AMIRFARBOD F. YAZDANYAR, M.D

Fecha: _____

Estimado/a: _____,

Bienvenido/a Retina Group of New England.

Nos alegramos que hayas elegido nuestros servicios para el cuido de sus ojos, espero conocerte pronto en nuestra oficina:_____,

Fecha, del dia de su cita: _____.

Adjunto hay informacion para prepararlo major para su visita, tambien se adjuntan formularios que deben completarse antes de su llegada.

El dia de su cita, favor de traer los siguientes con usted;

* Su tarjeta de identificacion;
* Su tarjeta de plan medico;
* Los formularios completos informacion del paciente e historial de salud (adjuntos)
* Lista de medicamentos con las dosis indicada;
* Lista de alergias a medicamentos;
* Nombre, direccion y numero de telefono de su doctor primatorio y otros envueltos en su cuido;
* si usa lentes o contactos, favor de ultilizar el dia de su cita; traer lentes oscuro a su cita/ si no tienes le daremos un par.

Ambos ojos estaran dilatados para su cita. Preparase para quedarse enter 2 y 3 horas para su primera visita. Algunos pacientes prefieren venir con un acompañante u organizar un viaje desde la oficina.

TENGA EN CUENTA: Se espera el pago de copagos o deducibles en el momento de su visita a menos que se hagan otros arreglos por adelantado. Aceptamos dinero en efectivo, cheques personales, tarjetas de debito, MasterCard, Visa, Discover y American Express.

Si tienes alguna pregunta o deseas mas informacion, favor de llamarnos al 860-444-1292 o favor de preguntar cuando estes en la oficina. Gracias por elegir a Retina Group of New England! Esperamos poder servile!

Sinceramente,
Nauman Chaudhry, MD, Juner Colina-Biscotto, MD and Amirfarbod Yazdanyar, MD

174 Cross Road
Waterford, CT 06385
(P) 860-444-1292
(F) 860-444-1827

79 Wawecus St, Ste 109
Norwich, CT 06360
(P) 860-887-6429
(F) 860-887-7303

5 Durham Rd, Bldg. 1 Ste A6
Guilford, CT 06437
(P) 203-458-0245
(F) 860-444-1827

Version 8.1.23

RETINA GROUP OF NEW ENGLAND, PC
NAUMAN A. CHAUDHRY, M.D. ● JUNER COLINA BISCOTTO, M.D.
AMIRFARBOD F. YAZDANYAR, M.D

Estimado Paciente:

Es extremadamente importante que este al tanto de su cobertura de seguro. Existen multiples planes de seguros con los que participamos. Sin embargo, muchos de estos planes tienen variacioes en la cobertura, asi como diferentes reglas y regulaciones. Estos deben seguirse si desea que su plan de seguro pague cubra sus servicios.

- **Servicios No Cubrido:** Los pacientes deben tener una comprension de lo que esta cubierto por su plan. Cualquier servicio que no este cubierto es responsibilidad del paciente y se facturara en consecuencia.
- **Copagos:** Todos los copagos vencen en el momento de la visita al consultorio al registrarse. La compañía de seguros nos exige que cobremos estos copagos. Por favor prepares para su pago el dia de su cita.
- **Referencias:** Consulte con su compañía de seguros, ya que algunas requieren que inicie una referencia de Seguro con su medico de atencion primaria. Es su responsibilidad hacerlo. Esta informacion puede estar ubicada en su tarjeta de plan medico.
- **Precertificacion:** Los pacientes deben verificar si se necesita alguna precertificacion o aprobacion para algun tratamiento, procedimiento o trabajo de laboratorio. Por favor informenos si se require precertificacion nuestra oficina trabajara con usted para obtener estas aprobaciones de su cita.
- **Laboratorio:** a veces los seguros exigen que los pacientes usen laboratorios especificos cuando se solicitan pruebas de laboratorios. El paciente es responsible de conocer esta informacion e informar a la oficina. Si no se informa a la oficna, el paciente sera responsible de los cargos incurridos.
- **Farmacia:** algunos seguros requieren que los pacientes ultilicen farmacias especificas para los medicamentos. El paciente es responsible de saber esta informacion e informar a la oficina.
- **Lesiones relacionadas con el trabajo:** Obtenga la autorizacion de su empleado antes de venir a su visita. Necesitaria tener la siguienteinformacion, numero de reclamo, numero de contacto, numero de telefono y la fecha de la lesion.

Haremos todo lo posible para ayudarlo con lo anterior en este formulario, pero no podemos garantizar que conoceremos todas las reglas y regulaciones de su plan. Su cooperaciones necesaria para que podamos atender mejor sus necesidades de atencion medica y asegurarnos de que reciba toda la cobertura de seguro a la que tiene derecho.

Gracias,
Del Elenco de Retina Group of New England

174 Cross Road
Waterford, CT 06385
(P) 860-444-1292
(F) 860-444-1827

79 Wawecus St, Ste 109
Norwich, CT 06360
(P) 860-887-6429
(F) 860-887-7303

5 Durham Rd, Bldg. 1 Ste A6
Guilford, CT 06437
(P) 203-458-0245
(F) 860-444-1827

Version 8.1.23

Waterford – 174 Cross Road
(P) 860-444-1292 (F) 860-444-1827

Hacia el norte por la I-95:
Tome la salida 81 hacia Cross Road.
Al final de la rampa, gire a la izquierda en Waterford Pkwy S
En el semáforo, gire a la izquierda en Cross Road. 174 Cross Road está a su izquierda entre Shipman's y Curtin Livery.

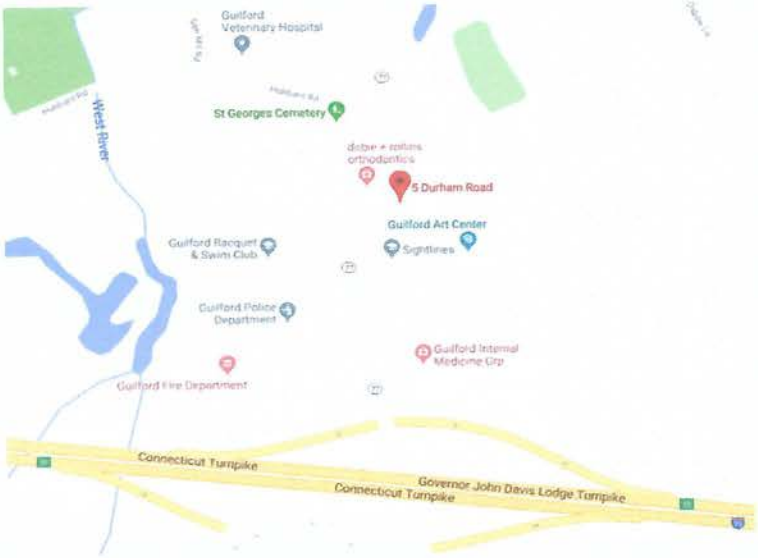
Hacia el sur por la I-95:
Tome la salida 82 hacia CT-85.
Gire a la derecha en CT-85/Hartford Tpke hacia Colchester.
Continúe pasando Mall/plazas comerciales y gire a la izquierda en Cross Road. 174 Cross Road está a su derecha, entre Curtin Livery y Shipman's.

Norwich – 79 Wawecus St, Suite 109
(P)860-887-6429 (F)860-887-7303

Hacia el norte por la 395:
Tome la salida 14 (antigua salida 82) hacia Yantic/Norwichtown.
Gire a la izquierda en W. Town St. Tome la primera a la izquierda en Wawecus St. 79 Wawecus está a su derecha.

Hacia el sur por la 395:
Tome la salida 14 (antigua salida 82) hacia CT-2W/CT-32. Hartford/Colchester.
Tome la primera a la derecha en Wawecus, 79 está a la derecha.

Desde Ruta 2E:
Tome la salida 27 hacia Yantic, gire a la izquierda en CT-32. Siga derecho para ir a W. Town St.
Tome la primera a la derecha en Otrobando Ave, luego a la derecha en Wawecus, 79 está a la derecha.



Guilford – 5 Durham Rd, Bldg 1 Suite A6
(P)860-444-1292 (F)860-444-1827

Hacia el norte por la I-95:
Tome la salida 58 hacia CT-77 hacia Guilford/North Guilford.
Gire a la izquierda en CT-77 N/Church St/Durham Rd. La oficina está ubicada a mano derecha en el complejo Guilford Glen. (Primer edificio a la derecha al entrar al complejo)

Hacia el sur por la I-95:
Tome la salida 58 hacia CT-77 N. Gire a la derecha en CT-77 N/Durham Rd.
La oficina está ubicada a mano derecha en el complejo Guilford Glen.
(Primer edificio a la derecha al entrar al complejo)

RETINA GROUP OF NEW ENGLAND, PC

NAUMAN A. CHAUDHRY, M.D. ● JUNER COLINA BISCOTTO, M.D.
AMIRFARBOD F. YAZDANYAR, M.D

Datos Demograficos del Paciente **Fecha:**

Nombre:_____Sexo: Masculino o Femenino

Direccion:_____ Fecha de Nacimiento ____ /____ / ____

Cuidad, Estado:_____ Codigo Postal_____ Edad:____

Numero de Casa: (___)_____Estado Civil: _____

Numero de Movil: (___)_____Numero de Trabajo: (___)_____

Correo Electronico: _____

Contacto de Emergencia:_____

Farmacia: _____ Telefono: (___)_____

Direccion:_____

Medico Primatorio:_____ Telefono: (___)_____

Direccion:_____

Medico Referente:_____ Telefono: (___)_____

Direccion:_____

Seguro de Medico Primario:_____ ID#:_____

Abonado:_____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Seguro de Medico Secundario:_____ ID#:_____

Abonado:_____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Compensacion de Trabajadores Fecha de Accidente: ____ / ____ / ____

Seguro de Compensacion:_____ ID#:_____

Contacto de Compensacion:_____ Numero: (___)_____

Gracias por responder a los siguientes datos demográficos requeridos por Medicare:

Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____

1. Cual idioma prefieres? _____

2. Cual es to etnia?
   a) Hispana o Latina
   b) No Hispana o Latina
   c) No informado o se negó a informar

3. Cual es su raza?
   a) Asian
   b) Native Hawaiian
   c) Other Pacific Islander
   d) Black or African American
   e) American Indian or Alaskan Native
   f) Blanco
   g) Mas de una raza
   h) No informado o se nego a informar

Firma del Paciente: _____ Fecha:

Método preferido para recibir recordatorios de citas: (seleccione uno):

☐Numero de la casa ☐Numero del Movil ☐Texto ☐Correo Electronico

RETINA GROUP OF NEW ENGLAND, PC

NAUMAN A. CHAUDHRY, M.D. ● JUNER COLINA BISCOTTO, M.D.
AMIRFARBOD F. YAZDANYAR, M.D

Historia de Salud

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Proposito de su cita: _____

Lista de alergias a medicamentos:

_____

- Eres alergico/a al Latex? SI NO
- Tienes degeneracion macular? SI NO
- Tienes Glaucoma? SI NO
- Tienes Cataratas? SI NO
- Algunas vez ha tenido una cirugia ocular? SI NO
- Algunas vez ha tenido una lesionel el ojo? SI NO
- Alguna vez ha tenido Perdida temporal de la vision? SI NO
- Algunas vez has tenido un ojo perezoso? SI NO
- Tienes Diabetes? SI NO
- Ha sido diagnosticado con presion arterial alta? SI NO
- Tienes problemas del corazon? SI NO
- Algunas vez le han diagnosticado problemas pulmonares? SI NO
- Ha tenido un derrame cerebral? SI NO
- Alguna vez ha tenido problemas estomacales o intestinales? SI NO
- Algunas vez ha tenido problemas del tracto urinario? SI NO
- Alguna vez le han diagnosticado cancer? SI NO
- Ha sido diagnosticado con enfermedad de la tiroides? SI NO
- Tiene algun problema de sangrado? SI NO
- Tienes artrtis? SI NO
- Alguna vez has sido hospitalizado? SI NO
- Alguna vez ha usado Drogas intravenosas fuera de un entorno hospitalario? SI NO
- Ha tenido aumento/Perdida de peso recientemente? SI NO
- Ha tenido fiebre recientemente? SI NO
- Tiene alguna enfermedad de la piel? SI NO
- Tiene algun problema con sus oidos, mariz o garganta? SI NO
- Tiene llagas en la boca o problemas para tragar? SI NO
- Algunas vez ha tenido algun tratamiento por trastornos psiquiatricos? SI NO
- Esta embarazada o amamantando? SI NO
- Eres posmenopausica? Desde cuando _____ (año) SI NO
- Ha fumado algunas vez? SI NO
  (SI)Numeros de paquetes al dia _____Por cuantos años fumo?_____
  Cuando fue que paro de fumar? _____

Version 8.1.23

Enumere los detalles de CUALQUIER respuesta "SÍ" de la página anterior:

_____

_____

_____

Enumere todas las cirugías anteriores (incluido el ojo) y las fechas:

_____

_____

_____

Ocupacion actual: _____

¿Ha viajado en los últimos 6 meses? (Si) sí donde? _____

Enumere los medicamentos actuales, las vitaminas y las dosis (INCLUYENDO EL CONTROL DE LA NATALIDAD):

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Tienes antecedents familiars de:

1. Diabetes	SI	NO
2. Desprendimiento de Retina	SI	NO
3. Glaucoma	SI	NO
4. Degeneracion Macular	SI	NO
5. Artritis Reumatoide	SI	NO
6. Cancer	SI	NO
7. Alta Presion	SI	NO

8. Otra? _____

Algun otro: comentarios:

_____

_____

_____

_____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

RETINA GROUP OF NEW ENGLAND, PC

NAUMAN A. CHAUDHRY, M.D. ● JUNER COLINA BISCOTTO, M.D.
AMIRFARBOD F. YAZDANYAR, M.D

Firma en Archivo, Asignación de Beneficios, Acuerdo Financiero MR#: _____

Beneficiario/a (paciente) _____

Lea ambos lados de este formulario y firme en el reverso

1) **MEDICARE:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Retina Group of New England, PC, por los servicios que me brindó Retina Group of New England. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago a Retina Group of New England y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica otro seguro de salud en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar de otros formularios aprobados, mi firma autoriza la divulgación de esta información a la aseguradora o agencia indicada. Retina Group of New England, PC acepta la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total, y yo soy responsable únicamente por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos de la aseguradora de Medicare.
2) **MEDIGAP:** Entiendo que si mi póliza Medigap o cualquier otro seguro de salud se indica en el Punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro formulario de reclamo aprobado, mi firma ahora autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia indicada. Solicito que el pago de los beneficios del seguro secundario autorizado se realice en mi nombre a Retina Group of New England, PC.
3) **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**: Retina Group of New England, PC puede divulgar todo o parte de mi registro médico y/o información financiera, incluida la información sobre el abuso de alcohol o drogas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades transmisibles o VIH a cualquier persona o corporación **(1)** que es o puede ser responsable bajo contrato con Retina Group of New England, PC por el reembolso de los servicios prestados, y **(2)** cualquier proveedor de atención médica por la atención continua del paciente. Retina Group of New England, PC también puede divulgar de forma anónima cualquier información relacionada con mi caso, que sea necesaria o apropiada para el avance de la ciencia médica, la investigación médica o la recopilación de datos estadísticos de conformidad con las leyes estatales y federales,

los estatutos o regulación. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar del original.

4) **OTROS PLANES DE SEGURO:** Entiendo que Retina Group of New England, PC tiene contratos con planes de servicios de atención médica específicos y que soy responsable de saber si ellos, Retina Group of New England, PC, son considerados proveedores contratados por mi plan de seguro.(Iniciales): _____ Acepto que estoy individualmente obligado a pagar los cargos completos de todos los servicios que me brinde Retina Group of New England, PC si pertenezco a un plan de seguro que no tiene contrato con ellos.
5) **SERVICIOS NO CUBIERTOS**: Entiendo que Retina Group of New England, PC tiene contratos con planes de servicios de atención médica (es decir, HMO y PPO) que pagarán solo artículos y servicios relacionados que se reconocen como "cubiertos" por el plan de atención médica. En consecuencia, acepto la responsabilidad financiera total por todos los artículos o servicios que el plan de atención médica determine que no están cubiertos. Los ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con el plan de atención médica o en el plan de resumen de beneficios, que el plan de servicios de atención médica brinda al paciente y tratamiento o pruebas no autorizadas. por el plan de salud. El abajo firmante acepta cooperar con Retina Group of New England, PC para obtener las autorizaciones necesarias de los planes de atención médica según lo considere necesario el plan de atención médica. Es responsabilidad del paciente saber qué servicios requieren autorización.
6) **ACUERDO FINANCIERO**: Acepto que a cambio de los servicios proporcionados por Retina Group of New England, PC, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para el pago. Si se envía una cuenta a un abogado para el cobro, acepto pagar los gastos de cobro y los honorarios razonables del abogado según lo establecido por el tribunal y/o por un jurado en una acción judicial. Entiendo y acepto que si mi cuenta está morosa, se me pueden cobrar intereses a la tasa legal. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente, o cualquier otra parte responsable ante el paciente, se asigna por la presente a Retina Group of New England, PC. Si mi compañía de seguros o plan de salud designa copagos, coseguros y/o deducibles, acepto pagarlos a Retina Group of New England, PC. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de mi factura.

EL PACIENTE HA LEÍDO Y SE LE DIO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE LAS 6 SECCIONES. ESTE FORMULARIO SE CONVIERTE EN PARTE DEL REGISTRO DEL PACIENTE.

Firma del paciente/parte responsable: _____

Nombre de la parte responsible en letra de imprenta:

_____

Fecha: _____ / _____ /_____

RETINA GROUP OF NEW ENGLAND, PC
NAUMAN A. CHAUDHRY, M.D. ● JUNER COLINA BISCOTTO, M.D.
AMIRFARBOD F. YAZDANYAR, M.D

Reconocimiento: Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Retina Group of New England, PC a partir del 1 de enero de 2016.

Nombre (imprimir): _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Soy madre o tutor legal de _____ (paciente).

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Retina Group of New England, PC a partir del 1 de enero de 2016.

Nombre (imprimir): _____

Relacion al paciente: ☐ Pariente ☐ Guardian legal

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Si la persona o el padre/tutor legal no firmó arriba, el personal debe documentar cuándo y cómo se entregó el Aviso a la persona, por qué no se pudo obtener el reconocimiento y los esfuerzos realizados para obtenerlo.

Aviso de prácticas de privacidad a partir del 1 de enero de 2016, entregado a individuos

☐ En Persona ☐ Envio ☐ Correo Electronico ☐ Otro _____
en ____ / ____ / ____

Motivo La persona o el padre/tutor legal no firmó este formulario:
☐ No queria
☐ No respondio despues de mas de un intento
☐ Otra_____

Please document with dates, times, individuals spoken to, and outcome, as applicable, the good faith efforts that were made to obtain the individual/legal guardian signature. More than one attempt must be made.
☐ Conversacion en Personal _____
☐ Telefono de Contacto _____
☐ Envio/Correo Electronico_____
☐ Otro _____
Nombre de Personal: _____ Titulo: _____
Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

RETINA GROUP OF NEW ENGLAND, PC
NAUMAN A. CHAUDHRY, M.D. ● JUNER COLINA BISCOTTO, M.D.
AMIRFARBOD F. YAZDANYAR, M.D

Autorización del paciente para representante personal

Imprima toda la información, luego firme y coloque la fecha en el formulario en la parte inferior.

Nombre de la Practica: **Retina Group of New England, PC**

Nombre del Paciente: _____

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Propósito de la solicitud: Autorizo a la práctica a divulgar o proporcionar mi información de salud protegida a la siguiente persona que está autorizada para actuar como mi representante personal con el fin de recibir toda la información de salud protegida sobre mí. Como mi representante personal designado, él/ella puede ejercer mi derecho a inspeccionar, copiar y solicitar enmiendas a mi información de salud protegida. También puede consentir o autorizar el uso o divulgación de mi información médica protegida:

Nombre de Representante: _____

Direccion: _____

_____ Telefono: _____

- Descripción de la información que se divulgará: autorizo al consultorio a divulgar toda mi información médica protegida a mi representante designado.
- Vencimientos o rescisión de la autorización: Esta autorización permanecerá en vigor hasta que usted, su representante personal u otra persona física o entidad legal autorizada para hacerlo por orden judicial o por ley la rescinda.
- Derecho a revocar o cancelar: como se establece en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, usted tiene derecho a revocar o cancelar esta autorización enviando una solicitud por escrito a nuestro Gerente de Privacidad. Esto se puede hacer en persona o enviando una solicitud por correo a:

  Retina Group of New England, PC
  174 Cross Road
  Waterford, CT 06385
  Atencion: Administradora de Privacidad

Nueva divulgación: no tenemos control sobre la(s) persona(s) que ha incluido como su representante personal. Por lo tanto, su información de salud protegida divulgada bajo esta autorización ya no estará protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad y ya no será responsabilidad de esta práctica.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Las copias de las autorizaciones firmadas están disponibles a pedido.

RETINA GROUP OF NEW ENGLAND, PC
NAUMAN A. CHAUDHRY, M.D. ● JUNER COLINA BISCOTTO, M.D.
AMIRFARBOD F. YAZDANYAR, M.D

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE FOTOGRAFIAS,PELICULAS, IMAGENES MEDICAS Y OTROS MULTIMEDIA CON FINES EDUCATIVOS O DE INVESTIGACION.

OBJETIVO:
Solicitamos su permiso para tomar fotografías y/o crear elementos multimedia que contienen información de salud sobre usted. El elemento multimedia se tomará o realizará durante el curso de un tratamiento sanitario que pueda recibir de RGNE. Queremos compartir esta información sobre usted con otras personas y entidades dentro o fuera de RGNE con fines educativos, para que otros profesionales y estudiantes de ciencias de la salud puedan aprender sobre su condición o enfermedad. Esta voluntad beneficiar a otros pacientes.

CONFIDENCIALDAD:
No será identificado por su nombre. El elemento multimedia será editado y almacenado en una computadora sin tu nombre.

REVOCACION DE SU PERMISO:
Puede cambiar de opinión y retirar su permiso para el uso de fotografías, películas u otros materiales en cualquier momento, sin ninguna sanción o pérdida de atención o servicios. Para revocar su permiso,escriba una carta, fírmela y entréguesela a Retina Group of New England, PC. La carta de revocación surtirá efecto cuando RGNE lo reciba, excepto en la medida en que RGNE u otros ya se hayan basado en eso. Si los elementos multimedia ya se han compartido, es posible que no sea posible recuperarlos.

VENCIMIENTO:
A menos que revoque su permiso antes, la Autorización no tiene vencimiento.

Doy permiso para que estos artículos sean tomados, fabricados o usados:
Imágenes oculares estándar de cuidado

Doy permiso a RGNE para usar estos artículos para estos fines educativos:

· Formación de los profesionales de las ciencias de la salud de la RGNE, incluidos los estudiantes y el personal.

· Compartir con (difusión a) otros centros de ciencias de la salud para su uso en sus programas educativos.

· Uso en publicaciones profesionales, presentaciones y conferencias profesionales.

· Certificación de estudios de investigación de personal y equipos.

Acepto que RGNE poseerá todos los derechos sobre los elementos multimedia enumerados anteriormente. RGNE tendrá derecho a reproducir, distribuir, transmitir, publicar, exhibir o utilizar de otro modo los elementos multimedia enumerados anteriormente. No recibiré ningún pago por ningún uso de ellos.He leído este documento sobre el uso de elementos multimedia que contienen información sobre mi salud. yoentender el permiso que estoy dando. Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción,y estoy de acuerdo con lo que dice este formulario. Recibiré una copia de este formulario.

Firma del paciente o representante:
_____Fecha_____

Si esta firmado por alguien que no es el paciente, especifique la relacion con el paciente:
_____

Firma del interprete: _____ID # _____
Fecha: _____

Comprender su poliza de seguro medico

Deducibles, Copagos y Coseguro

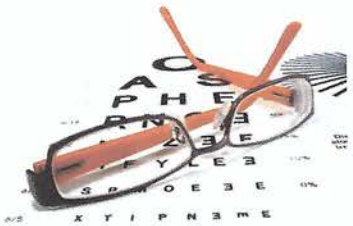
Deducibles = Monto que paga por los servicios de atención médica antes de que su seguro médico comience a pagarle algo a su proveedor. Usted paga todos los costos/cargos hasta que su deducible sea

"satisfecha/o".

Copago = Una cantidad fija en dólares determinada por su seguro que debe pagarse a su médico, hospital o farmacia cada vez que se utiliza un servicio. (La retina es una "especialidad" y puede tener un copago diferente al de su PCP)

Coseguro = Su parte de los costos de un servicio de atención médica. Por lo general, se calcula como un porcentaje de la cantidad que su seguro permite cobrar por los servicios. Comienza a pagar el coseguro después de haber pagado el deducible de su plan

---



Retina Group of New England, PC
www.retinagroupofnewengland.com
Version 8.1.23

Deducibles, Copagos y Coseguro

Cuanto menos pague por la prima mensual de su seguro, generalmente mayor será el deducible.

Digamos que su deducible anual es $2000.

Es enero y tienes gripe. Ve a su médico y sus cargos permitidos son de $150. Usted es responsable del costo total porque no se alcanza su deducible. Usted paga $150 en el momento de su visita. Ahora, su deducible restante es de $1850.

Es marzo y acudes a tu especialista en retina para tu revisión. Tiene una enfermedad que empeora y necesita tratamiento. Los cargos permitidos del especialista son $1700. Su seguro paga $0. Usted paga el costo total de $1700. Ahora ha alcanzado $1850 (150+1700) de su deducible. Le quedan $ 150 del deducible que debe satisfacer.

Es junio y te torciste el tobillo. Ves a tu podólogo y te hace una radiografía. Los cargos permitidos son de $200. Usted paga el deducible restante ($150) y su seguro paga el resto.

Es septiembre y está haciendo un seguimiento nuevamente con su especialista en retina. Los cargos permitidos para esa visita son de $350. Su deducible está "cumplido" por el año. Usted paga su copago en el momento de la visita. Su seguro paga $350.

*Si tienes coaseguro tu seguro paga un % de los $350 y tu pagas el porcentaje restante. (es decir, plan 80/20 = el seguro paga $280, usted paga $70).