PATIENT INTAKE INFORMATION Appt Date: _____ Appt Time: _____

First and Last Name	Preferred Name:	Gender:	DOB
Home Phone #	Home Address		
Cell Phone #			
Email Address	Employer		
SSN (if ins. requires)	Occupation		

RESPONSIBLE PARTY (if patient is a minor)

Parent/Guardian Full Name	Relationship to Patient
Date of Birth	Primary Phone #
Address	Email Address

LIST ALL CURRENT MEDICATIONS AND DOSE (including over the counter and supplements):

ALLERGIES

PRIMARY CARE INFORMATION

Physician Name	Phone #

☐ **By checking this box, I agree to have my records or diagnosis information shared with my physician.**

PHARMACY INFORMATION

Pharmacy Name	Address
Phone #	

STATEMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY

FOR CLINIC OFFICE USE ONLY:
Today's Copayment(s): Routine $_____ Refraction $_____ Medical $_____ Retinal Screening $_____ (if applicable) Contact Fit $_____ (if applicable)

Final charges will be determined once your exam services are completed and any material purchases have been decided upon

Please indicate your preferred payment method for today's date of service: Cash: _____Check: _____ HSA/FSA Card: _____ Debit/Credit: _____

For my eyecare provider to service my account, or to collect any amounts I may owe, I agree that I may be contacted at any number or address I have provided above or during a previous encounter. I understand that my eye exam and any optional contact lens fitting copayments are due today, and glasses or contact lenses may not be dispensed if any remaining copayments/balances are unpaid. I also understand that fees for services are non-refundable and non-negotiable, and any prescription information, for glasses or contact lenses, will have a valid expiration date indicated per federal law. I furthermore agree to pay any collection expenses incurred to collect any amount I may owe due to non-payment. I understand that I am solely responsible for the cost of all non-covered items, as outlined in detail on my receipt which includes: the specific date of service, description of each procedure/service, and the amount I am responsible for paying out-of-pocket; I certify that I have been informed of all items and cost. I authorize the release of my information for my eyecare provider to file all insurance claims if they are a participating provider for my plan. However, there is no guarantee of benefit information and/or coverage and if my insurance denies payment for any claims submitted, I will be responsible for full payment and can contact my insurance company directly should there be a dispute. My eyecare provider can also supply me with an itemized statement which I may submit to my insurance carrier, should I need to submit for reimbursement. I understand that any follow-up appointments related to a contact lens evaluation are included for three months after the initial fitting and should there be any follow-up appointments required after the three months have passed, I am responsible to pay the professional service fee. Additionally, I know that any optional testing that I have verbally agreed to pay for, is my responsibility to do as such on the date of service. Should I receive a medical examination, I understand that my major medical insurance will be billed, and I will be responsible for any deductibles, coinsurance or copayments that may be due.

- **I have read and understand the Statement of Financial Responsibility**

Signature of Patient (or Parent/Guardian) _____ Date _____

HIPAA, Policies & Consent Form

Elevate Eyecare Affiliated Locations

HIPAA Notice of Privacy Practices Acknowledgment

I,_____have had access to or received, read, and understand your Notice of Privacy Practices. I understand that this information will be used to carry out treatment, payment, and normal healthcare operations of the Practice. I understand that I may request in writing that you restrict how my confidential information is used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

Release of Information

If you would like anyone other than yourself to have access to your patient information, please complete the section below. I understand that the authorization for release of information can only be revoked upon written notice provided directly to the clinic.

(***Circle the authorized information to share)***

Name	Relationship	Phone#	*Power of Attorney HIPAA Billing HIPAA Medical*
Name	Relationship	Phone#	*Power of Attorney HIPAA Billing HIPAA Medical*
Name	Relationship	Phone#	*Power of Attorney HIPAA Billing HIPAA Medical*

Consent to receive SMS text messages:

Please check the option below to either accept or decline authorization for the office to send you text messages* for items such as appointment notification, products ready for pickup, or other information related to your vision care. You may opt out at any time by notifying the clinic. For assistance, reply HELP. In case of emergency, please call 911.

*Standard data/messaging rates may apply. Message frequency may vary based on your interactions with our system, including scheduling activity, or service requests.

Accept: _____ Decline: _____

Consent For Electronic Delivery of Prescription:

Please check the option below to either accept or decline electronic delivery of eyeglasses and contact lens (if applicable) prescriptions through our patient portal.

Accept: _____ Decline: _____

By signing below, I acknowledge that all sections of this form have been read in full and explained as necessary.

Printed Full Name of Patient or Responsible Party _____

Signature: _____ Date: _____

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN DEL PACIENTE Fecha de cita: _____Hora de la cita: _____

Nombre y Apellido	Nombre Preferido:	Género:	Fecha Nac.:
Teléfono Residencial # Teléfono Celular #	Dirección de la Casa		
Dirección de Correo Electrónico	Empleador		
Número de Seguro Social (si se req.)	Ocupación		

RESPONSABLE (si el paciente es menor de edad)

Nombre Completo del Padre/Tutor	Relación con el Paciente
Fecha de Nacimiento	Teléfono Principal #
Dirección	Dirección de Correo Electrónico

HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES (incluidos los de venta libre y los suplementos):

ALERGIAS

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre del Médico	Teléfono #

☐ **Al marcar esta casilla, acepto que mis registros o información de diagnóstico se compartan con mi médico.**

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre de la Farmacia	Dirección
Teléfono #	

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA:
Copago(s) de Hoy: Rutina $ _____Refracción $ _____Médico $ _____Examen de Retina $ _____(si corresponde) Ajuste de Contacto $_____ (si corresponde)

Los cargos finales se determinarán una vez que se completen sus servicios de examen y se haya decidido cualquier compra de material

Indique su método de pago preferido para la fecha de servicio de hoy: Efectivo: ____Cheque: _____Tarjeta HSA/FSA: _____Débito/Crédito: _____

Para que mi oftalmólogo pueda dar uso a mi cuenta, o para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar, acepto que puedan comunicarse conmigo a cualquier número o dirección que haya proporcionado anteriormente o durante un encuentro anterior. Entiendo que mi examen de vista y cualquier copago opcional de adaptación de lentes de contacto son pagaderos hoy, y es posible que no se entreguen anteojos o lentes de contacto si los copagos/saldos restantes no han sido cancelados. También entiendo que las tarifas por servicios no son reembolsables ni negociables, y cualquier información de prescripción, para anteojos o lentes de contacto, tendrá una fecha de vencimiento válida indicada por la ley federal. Además, acepto pagar los gastos de cobro incurridos para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar debido a mi condición de falta de pago. Entiendo que soy el único responsable del costo de todos los artículos no cubiertos, como se describe en detalle en mi recibo, que incluye: la fecha específica del servicio, la descripción de cada procedimiento/servicio y la cantidad que soy responsable de pagar por mi cuenta; Certifico que he sido informado de todos los artículos y el costo. Autorizo la divulgación de mi información para que mi proveedor de atención oftalmológica presente todas los reclamos de seguro si es un proveedor participante de mi plan. Sin embargo, no hay garantía de información y/o cobertura de beneficios y si mi seguro niega el pago de cualquier reclamo presentado, seré responsable del pago completo y puedo comunicarme directamente con mi compañía de seguros en caso de que haya una disputa. Mi oftalmólogo también puede proporcionarme una declaración detallada que puedo presentar a mi compañía de seguros, en caso de que tenga que solicitar el reembolso. Entiendo que cualquier cita de seguimiento relacionada con una evaluación de lentes de contacto se incluye durante tres meses después de la adaptación inicial y, en caso de que se requiera alguna cita de seguimiento después de que hayan pasado los tres meses, soy responsable de pagar la tarifa de servicio profesional. Además, sé que cualquier prueba opcional que haya acordado verbalmente pagar, es mi responsabilidad hacerla como tal en la fecha del servicio. En caso de que me sometan a un examen médico, entiendo que se facturará a mi seguro médico mayor y seré responsable de los deducibles, coaseguros o copagos que se puedan adeudar.

. He leído y entiendo la declaración de Responsabilidad Financiera

Firma del Paciente (o Padre/Tutor) _____ Fecha _____

HIPAA, Políticas y Formulario de Consentimiento

Ubicaciones Afiliadas de Elevate Eyecare

Acuse de Recibo Sobre Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Yo,_____he tenido acceso o recibido, leído y entendido su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que esta información se utilizará para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones normales de atención médica de la Práctica. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja la forma en que se usa o divulga mi información
confidencial para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que no están obligados a aceptar las restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Divulgación de información

Si desea que alguien más que usted tenga acceso a su información como paciente, complete la sección a continuación. Entiendo que la autorización para la divulgación de información solo puede ser revocada mediante notificación por escrito proporcionada directamente a la clínica.

(***Marque con un círculo la información autorizada para compartir)***

_____*Poder notarial Facturación HIPAA Médico HIPAA*

Nombre Relación
Teléfono#

_____*Poder notarial Facturación HIPAA Médico HIPAA*

Nombre Relación
Teléfono#

_____*Poder notaria Facturación HIPAA Médico HIPAA*

Nombre Relación
Teléfono#

Consentimiento para recibir mensajes de texto SMS:

Marque una opción a continuación para aceptar o rechazar la autorización para que la oficina le envíe mensajes de texto* para Asuntos como notificación de citas, productos listos para recoger u otra información relacionada con el cuidado de su visión. Puede optar por no participar en cualquier momento notificando a la clínica. Para obtener ayuda, responda HELP. En caso de emergencia, llame al 911.

*Es posible que se apliquen tarifas estándar de datos/mensajería.La frecuencia de los mensajes puede variar en función de sus interacciones con nuestro sistema, incluida la actividad de programación o las solicitudes de servicio.

Aceptar: _____ Rechazar: _____

Consentimiento para la entrega electrónica de recetas:

Marque una opción a continuación para aceptar o rechazar la entrega electrónica de lentes y lentes de contacto (si corresponde) recetas a través de nuestro portal para pacientes.

Aceptar: _____ Rechazar: _____

Al firmar a continuación, reconozco que todas las secciones de este formulario se han leído en su totalidad y se han explicado convenientemente.

Nombre Completo del Paciente o Responsable

Firma: _____ Fecha: _____