



Name/Nombre: _____ Male/Masculino: _____ Female/Femenino: _____
Last Name/APELLIDO - First Name/Primer nombre - MI/Inicial del 2^{do} Nombre

Address/Dirección: _____ Apto.: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Código Postal: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _/_/_ Place of Birth/Lugar de Nacimiento: _____

e-Mail/Correo electrónico: _____

Social Security No./Nu. de Seguro Social: ----- Primary Language/ Idioma Preferido: _____

Telephone or Cell Phone/Teléfono o Celular: _____

Marital Status/Estado Civil: Married/Casado _____ Single/Soltero _____ Widowed/Viudo _____ Divorced/Divorciado: _____

IN CASE OF EMERGENCY • EN CASO DE EMERGENCIA:

Contact/Contacto: _____ Relationship/Relación: _____

Telephone/Teléfono: _____

Who referred you to our office/Quien lo refirió a nuestra oficina: _____

Primary Physician/Medico Primario: _____ Telephone/Teléfono: _____

Address of your Primary Physician/Direction de su Medico Primario: _____

Employer/Empleador: _____ Telephone/Teléfono: _____

Primary Insurance/Seguro de Salud Primario: _____ ID #/Numero de Póliza: _____

Secondary Insurance/Seguro de Salud Secundario: _____ ID#/Numero de Póliza: _____

I understand that my insurance is a contract between myself and my insurance company. I understand that any balance on my account for any professional services rendered is solely my responsibility. I certify the information above is true and correct to the best of my knowledge. I will notify you of any changes in my health status or the above information.

Yo entiendo que mi seguro de salud es un contrato entre mi compañía de seguro y yo. Yo entiendo que soy financieramente responsable si hay un balance pendiente que no pago mi seguro de salud. Yo certifico que toda la información dada esta correcta hasta mi entendimiento. Yo le notificare de cualquier cambio de la información dada en este formulario.

DO YOU WEAR CONTACT LENSES / USTED USA LENTES DE CONTACTO? SI _____ NO _____

WOULD YOU BE INTERESTED / USTED ESTARIA INTERESADO? SI _____ NO _____

SIGNATURE/FIRMA: _____ DATE/FECHA: _____



REFRACTION POLICY

(The test to check your eyes for glasses)

In addition to checking your eyes for diseases of the eye, we are also able to perform a test which will determine if you need a prescription for glasses, or a change in the prescription you already have.

The fee to have this exam performed done is \$30.00 that has to be paid at the time of service. This test is not covered by your medical insurance.

Please initial below whether you would like the service performed today:

_____ Yes, I would like to be checked for glasses and I am willing to pay \$30.00 for this service.

_____ No, I do not want to be checked for glasses.

Patient Signature

Date

POLIZA DE REFRACCIÓN (Examinación para Espejuelos)

Aparte de revisar para enfermedades de los ojos, nosotros además podemos hacerle una examinación de su vista para determinar si necesita una receta para espejuelos o cambiar su receta actual.

El costo para hacerse esta examinación es \$30.00 que se necesita pagar el día de su visita. Este costo no lo cubre su seguro medico.

Por favor inicialé si quisiera hacerse esta examinación hoy:

_____ Si quisiera examinarme la vista y estoy dispuesto/a pagar \$30.00 por este servicio.

_____ No quisiera examinarme para espejuelos.

Firma del Paciente

Fecha



Office Policies and Procedures

- 1. Our office values your time and dedication in keeping your medical appointment. So that we may accommodate other patients, we would greatly appreciate if you are not able to make your appointment, that you notify us at least 24 hours in advance. If you believe that you will be arriving more than 15 minutes late to your scheduled appointment, please call our office at (305) 891-0331.
- 2. If you arrive more than 15 minutes after your scheduled time without calling to notify the staff, your appointment may be re-scheduled.
- 3. *Since Ophthalmology is a specialty, if you are on an HMO insurance plan, we are not authorized to see you without a referral from your primary care physician.*
- 4. Patients are required to know if their insurance company requires an authorization and/or referral for an office visit, diagnostic or procedure. If you do not have your authorization and/or referral at the time of your visit, your appointment may be rescheduled.
- 5. It is also the patient's responsibility to know their co-payments, deductible and co-insurance, (i.e. 10%, 20%) if any, which will be collected at the time of their visit. With the exception of Medicare, it will be our office fee; you will be reimbursed if a refund is due.
- 6. I authorized the release of my medical information to my Primary Care or Referring physician or consultants, if needed, as necessary to process insurance claims, insurance applications and prescriptions.
- 7. I also authorize payment of all medical and/or surgical benefits, to which I am entitled to, be made to Dr. James H. Howitt and/or Dr. Gianmarco R. Paris.
- 8. Patients will be held responsible for a \$25.00 fee for returned checks by your banking institution.

=====

Políticas y Procedimientos de la Oficina

- 1. Nuestra oficina valora su tiempo y dedicación en mantener su cita. Para poder acomodar otros pacientes, le agradecemos que si no puede asistir a su cita, que nos deje saber con 24 horas de anticipación. Si piensa que va estar más de 15 minutos tarde para su cita, por favor llámenos al (305) 891-0331.
- 2. Si usted llega más de 15 minutos tarde a su cita sin avisarnos, es posible que le reprogramemos su cita.
- 3. Dado que la Oftalmología es una especialidad, si usted es parte de un HMO, no estamos autorizados atenderle sin un referido de su médico primario.
- 4. Los pacientes son responsables en conocer su póliza de seguro medico y si van a requerir un referido o autorización para su cita.
- 5. Los pacientes son responsables en saber la cantidad de su co-pago, deducible y co-seguro, si tienen, y será colectado el día de su visita. Con la excepción de Medicare, se le cobra una cuota; si es necesario, será reembolsado.
- 6. Yo autorizo la divulgación de mi información clínica a mi medico primario, medico referente o consultante si es necesario para procesar su reclamos, aplicaciones y prescripciones a su seguro medico.
- 7. También autorizo el pago de todos los beneficios médicos/quirúrgico que sean dirigidos a el Dr. James H. Howitt o Dr. Gianmarco Paris.
- 8. Los pacientes serán responsables por pagar un recargo de \$25.00 si su banco devuelve su cheque.

Parent/Guardian Signature/Firma de Paciente o Guardián

Date/Fecha

Name of Patient/Nombre del Paciente



No Show and Cancellation Policy for Office Visits and Procedures

Our goal at Howitt & Paris Eye Care is to provide quality and accessible medical care. In order for us to assure convenience and accessibility to all of our patients, it is important that patients arrive in a timely matter for all scheduled appointments. The following policy has been implemented in our practice to ensure that every existing patient, or new potential patient, can obtain an appointment in a timely matter for their medical needs.

Available appointment are in high demand and this cancellation policy will ensure that patients in need of medical care can be seen.

Patients should call to cancel their appointments at least 24 hours in advance.

Patient Signature

Date

Poliza de no Venir a su Cita o Procedimiento

Nuestra meta en Howitt & Paris Eye Care es proveerle la mejor calidad de cuidado de medico accesible. En orden para nosotros asegurar su conveniencia y accesibilidad para todos nuestros pacientes, es muy importante que los pacientes lleguen a la hora de su cita. Esta póliza se sido implementado en nuestra practica para asegurar que pacientes existentes, nuevos o potenciales, puedan obtener una cita en buen tiempo para atender sus necesidades oftalmológica.

Nuestras citas están en alta demanda y esta póliza de cancelación va asegurar que nuestros pacientes podrán ser atendidos

Firma del Paciente

Date



AGREEMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY

Thank you for choosing Howitt & Paris Eye Care for your ophthalmic care.

In order to provide you with the highest quality of care, it may be necessary to perform diagnostic testing that your health insurance may apply to your deductible and/or coinsurance. Although we do our best to verify your insurance coverage before your appointment, please keep in mind this is an estimate of charges.

- I understand that I am financially responsible for my health insurance deductible, coinsurance or non-covered services.
- Co-payments are due at time of service.
- If my plan requires a referral, I must obtain it prior to my visit.
- In the event that my health plan determines a service to be “not payable”, I will be responsible for the complete charge and agree to pay the costs of all services provided.

Patient/Responsibility Party/Guardian

Date

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por elegir a Howitt & Paris Eye Care para su cuidado oftalmológico.

Con el fin de proporcionarle la más alta calidad de atención médica, puede ser necesario realizar pruebas diagnósticas en lo cual su seguro médico estime que sea parte de sus deducible o coseguro. Nosotros hacemos lo posible para verificar la cobertura de su seguro médico antes de su cita, pero tenga en cuenta que es solamente un estimado.

- Yo entiendo que soy financieramente responsable por mi deducible, coseguro o servicios no cubierto por mi seguro médico.
- Los copagos serán colectado el día de mi cita.
- Si mi seguro médico requiere un referido, necesito obtenerlo antes de mi cita.
- Si mi seguro médico no paga un servicio, yo voy ser responsable por los cargos pendientes.

Paciente/Persona responsable /Guardian

Date



Authorization For Release of Protected Health Information

I hereby authorize _____ to release information from the
Name of Physician or Facility

record of : _____ : _____ : _____ as described below to
Patient Name (print) Date of birth Last 4 of SS#

Howitt & Paris Eyecare
1460 NE 123rd St.
North Miami, Fl. 33161
Ph: 305-891-0331
Fax: 305-893-5200

Please provide all medical or billing records from _____ to _____

HIV, Mental Health, Drug & Alcohol information contained in the parts of the records indicated above will be released through this authorization unless otherwise indicated below.

Do not release: HIV Mental Health (Psychiatric) Drug & Alcohol

I, _____ authorize my protected health information medical records to be released to the insurance carrier, physician's office, and/or facility in this request.

Signature of Patient

Date

Witness/Staff Signature

Date