



Información Del Paciente

Nombre _____ La Fecha de Hoy ____ / ____ / ____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Casa (_____) _____ Cellular (_____) _____
Correro Electronico _____
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Seguro Social _____
Farmacia _____
Referido por _____ Doctor Familiar _____

Contacto de Emerdencia Informacion

Nombre _____ Relación del Paciente _____
Cellular (_____) _____

Si usted es el titular de la póliza, complete las áreas en negrita; de lo contrario, complete todas las secciones

Seguro Primario		
ID#	Grupo #	Fecha Efectiva
Nombre del Seguro	Relación con el Suscriptor	
Seguro Social	La Fecha de Hoy	Empleador

Seguro Secundario		
ID#	Grupo #	Fecha Efectiva
Nombre del Seguro	Relación con el Suscriptor	
Seguro Social	La Fecha de Hoy	Empleador



Divulgación de Información Financiera

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Estamos haciendo todo lo posible para mantener bajo el costo de la atención médica y brindar un servicio excelente. Por lo tanto, se espera el pago en el momento del servicio. Debido al alto costo de la facturación, los pacientes que no puedan realizar el pago en el momento del servicio serán reprogramados. Los métodos de pago aceptados incluyen efectivo, cheque, tarjeta de crédito y tarjeta de débito. Presentaremos cualquier seguro que esté debidamente provisto en el momento del servicio. Trabajaremos con usted durante los momentos de transición del seguro, pero comprenda que, si recibimos denegaciones debido a información incorrecta o caducidad/cambio del seguro actual, usted será responsable de todos los cargos. Requerimos que nuestros pacientes verifiquen su información en cada visita y se requiere una identificación con foto del paciente para presentar cualquier seguro.

SERVICIO DE REFACCION Y TARIFA

Una parte muy necesaria de un examen médico de la vista se llama refracción (códigos 92015 CPT). Medicare y algunas compañías de seguros no cubren esta parte o código. Sin embargo, es esencial para determinar la necesidad de anteojos correctivos, lentes de contacto y brinda información muy necesaria cuando la visión es borrosa o cambia cada vez más. Está preparado para pagar \$68 por el servicio de refracción además de su copago y/o deducible.

ACEPTACION DE SEGURO

Nuestros médicos consideran muchos planes y contratan a las compañías de seguros que mejor cumplen con el estándar de excelente atención oftalmológica. Debido a que los reclamos de archivo principal de nuestro médico a través de planes de seguro médico, a menudo no tenemos contratos con planes de visión exclusivos. Si su compañía de seguros requiere una referencia para ver a un especialista, debe traer la referencia a su cita o verificar que nuestra oficina haya recibido la referencia. Si no está seguro de si necesita o no una autorización o referencia, debe comunicarse con el consultorio de su médico de atención primaria. Además, si su compañía de seguros niega su reclamo debido a una cláusula preexistente, usted será responsable de todos y cada uno de los cargos no cubiertos por su compañía de seguros. En el momento de su visita, se espera que pague el monto de cualquier copago requerido por su plan de seguro, cualquier monto de deducible anual no alcanzado cuando corresponda, y cualquier servicio que no esté cubierto. Los pagos pueden ser en efectivo, cheque o cualquier tarjeta de crédito importante.

DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud a profesionales de la salud o entidades no relacionadas con Advanced Eye Care Center para fines de tratamiento, facturación y otras operaciones de atención médica. Este consentimiento permanecerá en vigor a menos que sea revocado.

Acepto compartir información médica con mi familia, amigos u otras personas según lo permita la ley cuando parezca razonable que están directamente involucrados con mi tratamiento, decisiones médicas o pago de la atención. Si no estoy de acuerdo, solicitaré una solicitud de restricción para limitar el intercambio de mi información. Compartir información médica con familiares, amigos u otras personas no les da permiso para obtener copias de mi registro médico.

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

RECONOCIMIENTO

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias. Si no soy el paciente identificado en la etiqueta a continuación en este formulario, declaro que estoy autorizado por ley para aceptar estas condiciones en nombre del paciente y soy el representante autorizado del paciente. Una copia de este formulario es efectiva y válida como el original.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha _____ / _____ / _____

Relación al Paciente (si no firma el paciente)



Historial Medico del Paciente

Nombre _____

Médico de Atención Primaria _____ Medico Referente _____

Ebumere todas las alergias a medicamentos

Sin alergia conocida a medicamentos

Alergia a	Reaction Severity		
	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo

Historia Ocular Pasada

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salud General | <input type="checkbox"/> Cataracts | <input type="checkbox"/> Con Vision de Futuro (hypermetropia) | <input type="checkbox"/> Degeneracion Macular |
| <input type="checkbox"/> Ojo Vago | <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética | <input type="checkbox"/> Iritis | <input type="checkbox"/> Miopía |
| <input type="checkbox"/> Afaquia | <input type="checkbox"/> Ojos Secos | <input type="checkbox"/> Queratocono | <input type="checkbox"/> Neuritis Óptica |
| <input type="checkbox"/> Astigmatismo | <input type="checkbox"/> Glaucoma | | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |

Otra _____

Cirugia Ocular

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No prior ocular surgery | <input type="checkbox"/> Extracción de Cuerpos Extraños | <input type="checkbox"/> PRK | <input type="checkbox"/> Cirugia de Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Blepharoplasty | <input type="checkbox"/> Cirugía Laser de Retina | <input type="checkbox"/> Tapones Puntuales | <input type="checkbox"/> Vitrectomy |
| <input type="checkbox"/> Cataract Surgery | <input type="checkbox"/> LASIK | <input type="checkbox"/> RK | |
| <input type="checkbox"/> Transplante de Córnea | | <input type="checkbox"/> Cirugia del Músculo Ocular | |

Otra _____

Enfermedad Sistémica

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No history of illnesses | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca Conegestiva | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Polimialgia |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiatrico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico | <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales | <input type="checkbox"/> Cáncer de Piel |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Perdida de Audición | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> Derranne Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | | | |

Otra _____



Historial Medico del Paciente

Por favor enumere todas las cirugías anteriores

Procedimiento _____ Año _____
 Procedimiento _____ Año _____
 Procedimiento _____ Año _____
 Procedimiento _____ Año _____

Enumere todos los medicamentos que está tomando, incluidos los recetados, los de venta libre, vitaminas, tópicos, suplementos y gotas para los ojos

Nombre del Medicamento	Dosis y Frecuencia	Razón Para Tomar

Historia Familiar

- Diabetes Cataracts Degeneracion Macular
 Ceguera Glaucoma

Lifestyle Vision Assessment

- ¿Usas gafas? Sí No En caso afirmativo: Conducción Computadora
 ¿Usas contactos? Sí No Leyendo

Marca las siguientes actividades que haces regularmente

- Leer un Periodico o libro Computadora
 Cocinar Playing Cards/Dominoes
 Arte/Pintar Golf/Tenis
 Conduccion Noctura Cosura/Bordado

¿Si está trabajando cuál es su ocupación y algunas de sus tareas diarias relacionadas con el trabajo?

¿Si tuvieras que usar gafas o contactos despues de cirugía, que actividad estaria más dispersto la usarlos?

- Lecturade letra pequeña Computadora Television/Driving