

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

Nombre: Dr./Sr./Sra.: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_

Teléfono #: (    ) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Celular #: (    ) \_\_\_\_\_

Seguro De Vista : \_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empresario: \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_

Tel #: (    ) \_\_\_\_\_

¿Estás interesado en contactos?  Sí  No

¿Previamente usado contactos?  Sí  No

**MEDICAL HISTORY**

¿Cuándo fue su último examen de la vista? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos que toma \_\_\_\_\_

Lista de alergias que tienes \_\_\_\_\_

Estás embarazadas y/o esta lactantes:  Yes  No

**Historia De Familia**    ¿Usted o su familia tiene cualquiera de los siguientes? (Vivos o que an pasado)

ENFERMEDAS/CONDICIONES	NO	SELF	FAMILY		NO	SELF	FAMILY
Enfermedad De Los Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad De Los Ríñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degeneracion Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presion Alta De La Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad De Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HISTORIA SOCIAL (INFORMACION CONFIDENTIAL)**

Esta información es estrictamente confidencial. Sin embargo, usted puede discutir esta porción directamente con su médico si usted prefiere.

Sí, me gustaría discutir directamente con el Doctor mi información de historia Social.

¿Bebes alcohol?  No  Sí Que tipo / cantidad / cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Usas drogas ilegales?  No  Sí Que tipo / cantidad / cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Utilizas los productos de tabaco?  No  Sí Que tipo / cantidad / cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha expuesto a o infectados con:  No  Gonorrea  Hepatitis  VIH  SIFILIS

**REVISION DEL SISTEMA***¿Actualmente, o has tenido algún problema en las siguientes áreas:*

	NO	SI		NO	SI
<b>CONSTITUCIONAL</b>			<b>EYES</b>		
Fiebre, pérdida de peso /engordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdidad De La Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEGUMENTARIO(PIEL)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision Borosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NEUROLOGICA</b>			Vision Distorsionada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor De Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la visión lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RESPIRATORIO</b>			Sececion Mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rojez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis Cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensacion De Arena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ENDOCRINOLOGY</b>			Quemason	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides/Otro glandulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensacio Extranó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALERGICO / IMMUNOLOGICA</b>			Lagrimo De Los Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PSIQUIATRICO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resplador/Sensibilidad A La Luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GASTROINTESTINAL</b>			Dolor Del Ojo /Dolorido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección Crónica Del Ojo /Parpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrenimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flashes / Flotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GENITOURINARIO</b>			Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitales / Rinon / Vesicula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>OREJA, NARIZ, BOCA, GARGANTA</b>		
<b>HUESO / ARTICULACION / MUSCULO</b>			Alergias /Fiebre De Heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reuma Articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestion Sinusal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos Cronico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor De Articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garganta Seco/ Boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LINFATICO / HEMATOLOGICA</b>			<b>VASCULAR / CARDIOVASCULAR</b>		
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas De Sangrando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor De Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Presion Alta De La Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**POR FAVOR PRESENTAR TARJETAS DE SEGURO MÉDICO Y DE VISIÓN A  
RECEPCIONISTA**

Name: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Un EYESCREEN es un examen de retiniano digital avanzado que capta una fotografía de alta resolución de la retina que nos ayudarán a documento, revisión y comparar la salud de la retina con el tiempo. Vamos a utilizar el EyeScreen para detectar enfermedades oculares y proporcionar una vista detallada de la retina. Estamos preocupados por problemas retinianos tales como la degeneración macular, glaucoma, retinales agujeros, destacamentos y retinopatía diabética (todo lo cual puede conducir a la pérdida parcial de visión o ceguera). Además, muchos síntomas de enfermedades sistémicas como la diabetes y los efectos de la presión arterial alta pueden detectarse con la examinación EyeScreen.

Un EXAMEN DE FONDO DE OJO DITALADO permite al médico proporcionar un análisis más minucioso de la salud ocular. Con las pupilas dilatadas, el médico obtiene una mejor vista dentro de los ojos que permite la detección temprana de patologías oculares. Un examen de fondo de ojo dilatado es muy esencial para las personas con diabetes, hipertensión, altas myopes o antecedentes de otras enfermedades oculares relacionadas. Los efectos secundarios se han difuminado junto a la visión y la sensibilidad a la luz. En algunos individuos, la distancia también puede ser borrosa.

Un ANALIZADOR DE CAMPO VISUAL es un instrumento altamente automatizado que proporciona al médico un análisis más minucioso de su campo de visión. Examen del campo visual puede ayudar en la detección precoz de glaucoma, patologías retinianas y algunas enfermedades neurológicas.

**ESTAMOS COMPROMETIDOS CON LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OCULARES. LE RECOMENDAMOS ENCARECIDAMENTE QUE TODOS NUESTROS PACIENTES RECIBEN AMBOS EXÁMENES COMO PARTE DE SU AMPLIO ANÁLISIS VISUAL.**

**\*\* SU SEGURO MÉDICO MAYOR PUEDE CUBRIR ESTAS PRUEBAS ADICIONALES. POR FAVOR PREGUNTE DETALLES CON RECEPCIONISTA EN LO QUE RESPECTA A LA COBERTURA DE BENEFICIOS \*\***

**Sí, yo quiero la EyeScreen y la proyección del campo Visual (\$30.00)**

**Sí, quiero el examen de fondo de ojo dilatado y la proyección del campo Visual (\$30.00)**

**Sí, quiero que la evaluación más completa que incluye EyeScreen, examen de fondo de ojo dilatado y la proyección del campo Visual (\$55.00)**

**NO, no quiero el Eyescreen, examen de fondo de ojo dilatado o el campo Visual de detección**

Tengo entendido que sin estas pruebas ciertas enfermedades oculares y condiciones pueden no ser descubiertas. Estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos asociados a rechazar estas pruebas, indemnizar, inofensivo y liberar los humilides, sus empleados y optometristas, de cualquier reclamación o responsabilidad alguna relacionada con insuficiencia para diagnosticar o tratar cualquier afección ocular debido a la falta de información que podría haberse obtenido mediante estas pruebas de diagnóstico.

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**HIPPA: RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

Al firmar este reconocimiento de recibo del aviso de prácticas de privacidad (la "notificación"); Reconoce y acepta que yo he recibido una copia o leer una copia de la notificación de prácticas de privacidad para su revisión y mantener mis discos en la fecha identifica por debajo. Entiendo que la oficina puede usar y divulgar información de salud personal necesario (por ejemplo, mi nombre, dirección, número de identificación del suscriptor, ojo examen información y/o tipo de los productos suministrados) a otra persona a la oficina para realizar sus tareas administrativas, proveerme con productos y servicios de cuidado de la vista, procesar mis reclamos de beneficios de visión médica y comunicarse conmigo respecto de las reclamaciones de la visión médica y comunicarse conmigo con respecto a servicios de cuidado de la visión médica proporcionados por la oficina (por ejemplo de recordatorios de examen o información de servicios y productos prestados por la oficina de correos). Puedo estar seguro de que esta oficina no vende mi información personal de salud de cualquier tipo a un tercero para tal uso del partido. Yo autorizo a la oficina para presentar un reclamo al beneficio mi visión médica a mi salud o patrocinador un plan para recibir reembolso directamente de los visión médica servicios/productos que he recibido de la oficina.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o Legal del paciente Representative*

\_\_\_\_\_  
*FECHA*

**FIRMA SEGURO EN ARCHIVO:**

Yo certifico que la información dada por mí en aplicar para el seguro o pago de Medicare es verdadera y correcta. Yo autorizo a mi médico para actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mi seguro y/o beneficios de Medicare, y autorizo el pago de estos beneficios directamente al médico en mi nombre por los servicios y materiales amueblados. Autorizo a cualquier soporte de información médica sobre mí para liberar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a servicios relacionados a la administración de financiamiento de atención de salud y sus agentes. Si tengo otra cobertura de seguro, mi firma autoriza la liberación de la información médica a la aseguradora o agencia que se muestra y autoriza a mi médico para actuar como un agente, como el anterior. Entiendo que soy responsable por el balance de los honorarios no pagados por mi seguro.

\_\_\_\_\_  
*Vida del Paciente Firma*

\_\_\_\_\_  
*FECHA*

**POLÍTICA REFRACTION:**

*Durante su visita, una refracción puede ser realizado para determinar su necesidad de gafas o para evaluar si se logra alguna mejora más visual. Esta es una medida necesaria y parte esencial de su examen de los ojos y en algunos casos la única razón para la cita. Los centros de Medicare y algunas compañías de seguros consideran una refracción para ser un servicio no cubierto. Tenga en cuenta que es la responsabilidad del paciente para pagar por la refracción a menos que disponga de su aseguradora. Nuestra oficina actualmente cobra \$55.00 para este procedimiento, pero ofrece un precio de pronto pago de \$25.00 para el paciente cuando pagan en el momento del servicio. La cuota de refracción es además el examen de la vista y además de copago del paciente. He leído la información anterior y entender que me pueden acusar un precio pronto pago de \$25.00 por refracción en el momento del servicio a menos que disponga de mi compañía de seguros.*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o Legal del paciente Representative*

\_\_\_\_\_  
*FECHA*

----- **USO DE LA OFICINA** -----

**NEGATIVA DE RECONOCIMIENTO**

Utilizar solamente para oficina: esta sección es para ser completado por la oficina sólo si es incapaz de obtener representantes legales del paciente escritos acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_ (Escriba sus iniciales aquí) Paciente o representante legal del paciente se negó a firmar.

\_\_\_\_\_ (Escriba sus iniciales aquí) Otro:

\_\_\_\_\_  
*Proveedor / socio (nombre)*

\_\_\_\_\_  
*Proveedor / socio firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

---

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD NUESTRO DEBER LEGAL**

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre tales cambios son permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho a realizar los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda información médica que mantenemos, incluyendo información sobre salud que creada o recibida antes de que hemos hecho los cambios. En el caso de hacer un cambio material en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y ofrecerlo a usted. *Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este aviso, por favor contacta con nosotros usando la información listada al final de este aviso.*

### **USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Usamos y revelamos información médica sobre usted para lo siguiente:

**TRATAMIENTO:** Podemos utilizar o divulgar su información médica a una óptica, oftalmólogo u otros proveedores de salud proporcionando tratamiento a usted para: a) la provisión, coordinación o gestión de salud y servicios, relacionados por proveedores de atención médica; b) consulta entre prestadores de salud relativos a un paciente; información de memoria del proveedor de c) la remisión de un paciente para atención médica de un médico a otro o d).

**PAGO:** Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos a usted. Esto puede incluir: un) facturación y las actividades de recopilación y procesamiento de datos relacionado; b) acciones por un plan de salud o aseguradora para obtener las primas o para determinar o cumplir con sus responsabilidades para la cobertura y prestación de beneficios bajo su plan de salud o seguro acuerdo, determinaciones de elegibilidad o cobertura, adjudicación o subrogación de reclamos de beneficios de salud; c) médico necesidad y conveniencia de atención comentarios, actividades de revisión de utilización; y d) divulgación a agencias de información relativa a la colección de las primas o reembolso de informe del consumidor.

**OPERACIONES DE ATENCION MEDICA:** Podemos usar y divulgar su información médica con respecto a nuestras operaciones de atención médicos. Operaciones de atención médicos incluyen cosas tales como actividades de evaluación y mejora de calidad, opinando sobre la competencia o la cualificación de los profesionales sanitarios, evaluación de desempeño profesional y proveedor de llevar a cabo programas de capacitación, acreditación, certificación, licencia o acreditación de actividades.

**PARA USTED, SU FAMILIA Y AMIGOS:** Nosotros debemos divulgar su información médica, como se describe en la sección de derechos de los pacientes de este aviso. A nuestro juicio profesional, podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar a su médico o con el pago de su atención médica.

**PERSONAS INVOLUCRADAS EN LA ATENCIÓN:** Podemos utilizar o divulgar información médica para notificar, o asistir en la notificación de (incluyendo identificar o localizar a) un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general o muerte. Si usted está presente, entonces antes del uso o la divulgación de su información médica, nos le proporcionará una oportunidad para oponerse a tales usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información médica en base a una determinación usando nuestro juicio profesional revelar sólo información de salud que sea directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en