



# BIENVENIDO

Le damos una cordial bienvenida a nuestro consultorio. Por favor, tome unos minutos para llenar este formulario tanto como pueda. Si tiene preguntas con gusto le ayudaremos.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_

Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

¿Quién le remitió? \_\_\_\_\_

## SEGURO MÉDICO

¿Quién es responsable de pagar esta cuenta? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Seguro médico \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional?  Sí  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

### Permiso de Asignación e Información del Paciente

Yo, quien abajo firma, certifico que yo (o mi dependiente) estoy asegurado (a) con \_\_\_\_\_ y asigno directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hay, o por otro lado que seré reembolsado por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Yo por la presente autorizo al doctor a dar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma para todos los procedimientos con el seguro.

Firma del Responsable \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## NÚMEROS DE TELÉFONO

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Trabajo del cónyuge \_\_\_\_\_

Mejor hora y lugar para llamarle \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTE (Especifique a alguien que no viva en su casa)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE LA SALUD DE LOS OJOS

Marque para indicar si ha tenido alguno de estos:

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Fecha de última visita \_\_\_\_\_

Fecha de último examen de la vista \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

¿Usa lentes? Sí No

Todo el tiempo A veces

Para leer Para manejar Para ver TV

¿Usa lentes de contacto?

Tipo \_\_\_\_\_ Horas/ Día \_\_\_\_\_

Describe cualquier problema que tenga con los lentes de contacto \_\_\_\_\_

Ardor en los ojos

Cansancio en los ojos

Cataratas

Desmayos

Dolor de cabeza

Glaucoma

Infección en el ojo

Lagrimo

Lesión en el ojo

Mareos (vértigos)

Migraña

Ojos desviados (Bizco)

Ojos resecos

Ojos rojos

Ojos con Sangre

Pérdida de visión

Pérdida de la vista -temporal

Picor en los ojos

Pobre visión de noche

Poca visión

Poca visión de colores

Secreción de los ojos

Sensibilidad a la luz

Temblor del párpado

Ve doble

Ve halos

Ve luces o cositas flotando

Ve un resplandor

Visión Borrosa - Cerca

Visión Borrosa - Lejos

# HISTORIAL DE LA SALUD

Nombre del Doctor (a) \_\_\_\_\_ Fecha de su última cita \_\_\_\_\_

Marque bajo **Yo** las enfermedades que usted padece o ha padecido. También marque bajo **Familiar** aquellas enfermedades que sus familiares de sangre han padecido o padecen.

	Yo		Familiar			Yo		Familiar	
	Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
SIDA/HIV	Sí	No	Sí	No	Hepatitis (Tipo _____ )	Sí	No	Sí	No
Artritis	Sí	No	Sí	No	Poca visión de los colores	Sí	No	Sí	No
Válvula de corazón artificial	Sí	No	Sí	No	Alta Presión	Sí	No	Sí	No
Articulación artificial	Sí	No	Sí	No	Enfermedad renal (Riñones)	Sí	No	Sí	No
Asma	Sí	No	Sí	No	Ojo Vago	Sí	No	Sí	No
Sangrado	Sí	No	Sí	No	Lupus	Sí	No	Sí	No
Ceguera (Pérdida de la vista)	Sí	No	Sí	No	Migrañas	Sí	No	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Sí	No	Marcapasos	Sí	No	Sí	No
Cataratas	Sí	No	Sí	No	Enfermedad de la Retina	Sí	No	Sí	No
Adicto a sustancias químicas	Sí	No	Sí	No	Fiebre reumática	Sí	No	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Sí	No	Herpes	Sí	No	Sí	No
Sensibilidad a medicamentos	Sí	No	Sí	No	Condiciones de la piel	Sí	No	Sí	No
Enfisema	Sí	No	Sí	No	Derrame cerebral / Apoplejía	Sí	No	Sí	No
Epilepsia	Sí	No	Sí	No	Condiciones de la tiroides	Sí	No	Sí	No
Operación de los ojos	Sí	No	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No	Sí	No
Glaucoma	Sí	No	Sí	No	Ojos torcidos	Sí	No	Sí	No
Fiebre del heno	Sí	No	Sí	No	¿Está embarazada? _____	Número de hijos _____			
Enfermedades cardíacas	Sí	No	Sí	No	¿Fuma? _____	¿Bebe alcohol? _____			

## MEDICAMENTOS

Anote los medicamentos que actualmente está usando, incluyendo gotas para los ojos:

---



---



---



---

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## ALERGIAS

Anote los medicamentos o sustancias a los que usted es alérgico (a):

---



---



---



---



---

## AUTORIZACION DEL MEDICARE

Yo solicito que el pago autorizado de los beneficios del Medicare sea hecho a mi persona o en mi nombre al Dr. \_\_\_\_\_ por los servicios prestados a mi persona por este médico. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mi persona a suministrarla al Health Care Financing Administration para que ayude a determinar estos beneficios o el pago de beneficios relacionados con este servicio. Si se indica otra compañía aseguradora en el inciso 9 del formulario HCFA-1500 o en cualquier otro formulario de reclamación aprobados, o reclamos sometidos electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de información al asegurador u otra agencia indicada. En los casos asignados por Medicare, el médico o el proveedor estará de acuerdo en aceptar como definitivos los cargos determinados por el Medicare y el paciente es únicamente responsable por el deducible, el co-seguro y por los servicios que no están cubiertos por el seguro. El co-seguro y el deducible están basados en los cargos determinados por el Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha





# Atlantic Eye Care

## ASIGNACION DE ASEGURANZA

### RESPONSABILIDAD DE TRATAMIENTO y FINANCIAMIENTO

- A. Yo, solicito que me den evaluación y tratamiento por el medico de Atlantic Eye Care y/o sus asistentes.
- B. Yo entiendo que mi compañía de seguro no pagara por todos los servicios recibidos por Atlantic Eye Care. Yo entiendo que soy responsable por el Co-pago y el deducible (al momento del servicio) y yo también estoy enterado que mi compañía de seguro puede tener limitaciones, restricciones y autorizaciones / referidas a los servicios efectuados. Si mi compañía de seguro desniega la cobertura de cualquier servicio, yo (paciente, guardián) acepto toda la responsabilidad de los pagos de estos servicios.
- C. Por todos los servicios efectuados al paciente menor, el adulto acompañante del paciente será el responsable de los pagos en el momento del servicio.
- D. Yo, autorizo los pagos de los beneficios médicos para mí / dependientes directamente ha Atlantic Eye Care por servicio profesional.
- E. Yo, autorizo la información medica necesaria para el proceso de reclamo a la compañía de seguro.

X \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente O Responsable si es Menor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

---

### PARA PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE

Yo solicito que los pagos que autoriza Medicare y/o beneficios de aseguranza sean hechos a Atlantic Eye Care por cualquier servicio hecho a mi persona por el medico. Yo autorizo cualquier información medica pendiente acerca de mi persona para la Administración Financiera de Cuidado de Salud (Health Care Financing Administration) y a sus agencias cualquier información necesaria para determinar el beneficio de pago por el servicio relacionado.

Yo entiendo que podría asumir una refracción como parte de mi examinacion ya que Medicare como otras compañías de seguros no pagan por esta parte de examinacion. Yo entiendo que la tarifa por la refracción es de \$25.00 yo seré responsable por el pago de esta tarifa.

X \_\_\_\_\_  
(Firma del Beneficiario)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Atlantic Eye Care**  
**FORMATO APROBACION DEL PACIENTE**

Nuestro aviso de Practica de Privacidad provee información acerca de como podemos usar, revelar y proteger la información de salud acerca de usted. El aviso contiene una sección del Derecho del Paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este formato de aprobación. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar, si así fuese, usted podrá obtener una copia solicitándola a nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros restrinjamos como proteger la información de salud acerca de usted y como sea usada o revelada para su tratamiento, pagos u operaciones de salud. Nosotros no requerimos que este de acuerdo con esta restricción, pero si usted esta de acuerdo, honraremos su información.

Firmando este formato, nos dará la aprobación para usar, revelar y proteger la información de salud acerca de usted para su tratamiento, pagos u operaciones de salud. Usted tiene el derecho de revocar esta aprobación por escrito y firmada por usted. Sin embargo, la revocación no afectara a ninguna revelación que hayamos hecho antes de su consentimiento. La Practica provee este formato para completar con el Acta (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)).

El paciente esta enterado de:

- La Protección de información de salud podría ser revelada o usada para tratamiento, pagos u operaciones de salud.
- La Practica tiene el aviso de "Practica de Privacidad" el paciente tiene la oportunidad de revisar esta nota.
- La Practica reserva el derecho de cambiar el aviso de la Póliza de Privacidad
- El Paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero la Practica no tiene que estar de acuerdo con las restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y todas las revelaciones futuras se dejaran de dar.
- La Practica puede dar condiciones de tratamiento debido a la ejecución de este consentimiento.

Este Consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
Nombre – Paciente o Representante

Relación del Paciente (Si es otra que el paciente) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Enfrente de \_\_\_\_\_  
Nombre – Representante de la Practica



# Notice

---

Beginning February 1<sup>st</sup> 2007 all patients are required to give 24 hours notice for appointment cancellation. If not, you will be charged a \$25 "no show" fee.

-----  
Patient Signature

---/---/-----  
Date