Rodolfo J. Rios, MD
1306 Savannah Road
Lewes, DE 19958
Phone: (302) 644-8007
Fax: (302) 644-2797

¡BIENVENIDO!
Le damos una bienvenida cordial a nuestro consultorio. Por favor imprima y llene toda la información en los formularios.

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial del Segundo Nombre:** _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de Teléfono Principal: _____ **Número de Teléfono Secundario:** _____

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino **Edad:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Seguro Social:** _____

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)

Etnia: ☐ Hispano / Latino ☐ No Hispano / Latino ☐ Me Niego a Declarar

Raza: ☐ Blanco ☐ Indio Americano ☐ Asiático ☐ Afro Americano ☐ Hispano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otro

Ocupación: _____ **Empleador:** _____ **Teléfono del Empleador:** _____

Dirección del Empleador: _____

Nombre del Cónyuge: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Seguro Social:** _____

Ocupación del Cónyuge: _____ **Empleador de su Cónyuge:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Número de Teléfono:** _____

Lenguaje Preferido: _____ **E-Mail:** _____

¿A quién podemos agradecer por remitirlo? _____

SEGURO MÉDICO

¿Quién es responsable de pagar esta cuenta? _____ **Relación con el Paciente:** _____

Seguro Médico: _____ **ID del Miembro:** _____ **Grupo #:** _____

¿El paciente está cubierto por un seguro adicional? ☐ Sí ☐ No **Fecha de Nacimiento:** _____ **Seguro Social:** _____

Nombre del Suscriptor: _____ **Relación con el Paciente:** _____

Seguro Médico: _____ **ID del Miembro:** _____ **Grupo #:** _____

HISTORIAL DE LA SALUD DE LOS OJOS

Doctor de Ojos Anterior: _____ **Fecha del último examen de ojos:** _____

¿Usa lentes? ☐ Sí ☐ No **¿Con que frecuencia?** ☐ Todo el Tiempo ☐ A Veces ☐ Para Leer ☐ Para Manejar ☐ Para ver Tele

¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No **¿Qué tipo?** _____ **¿Cuantas horas al día?** _____

Describa cualquier problema que tenga con los lentes de contacto: _____

Marque "Sí" o "No" para indicar si actualmente alguno de lo siguiente le está sucediendo:

Ojos Irritados	☐ Sí ☐ No	Infección en el Ojo	☐ Sí ☐ No	Pobre visión de Noche	☐ Sí ☐ No
Visión Borrosa– Lejos	☐ Sí ☐ No	Lesión en el Ojo	☐ Sí ☐ No	Ojos Rojos	☐ Sí ☐ No
Visión Borrosa– Cerca	☐ Sí ☐ No	Cansancio en los Ojos	☐ Sí ☐ No	Ve Halos	☐ Sí ☐ No
Ardor en los Ojos	☐ Sí ☐ No	Desmayos	☐ Sí ☐ No	Ve un Resplandor	☐ Sí ☐ No
Cataratas	☐ Sí ☐ No	Ve Manchas o Cosas Flotando	☐ Sí ☐ No	Pérdida de la Visión-Temporal	☐ Sí ☐ No
Poca Visión de los Colores	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Temblor del Parpado	☐ Sí ☐ No
Ojos Desviados (Bizco)	☐ Sí ☐ No	Dolores de Cabeza	☐ Sí ☐ No	Poca Visión	☐ Sí ☐ No
Secreción de los Ojos	☐ Sí ☐ No	Picazón en los Ojos	☐ Sí ☐ No	Lagrimeo	☐ Sí ☐ No
Mareos (Vértigos)	☐ Sí ☐ No	Sensibilidad a la Luz	☐ Sí ☐ No		
Ve Doble	☐ Sí ☐ No	Perdida de Visión	☐ Sí ☐ No		
Ojos Resecos	☐ Sí ☐ No	Migrañas	☐ Sí ☐ No		

HISTORIAL DE LA SALUD

Marque "Si" o "No" debajo de "Yo" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes. También marque "Si" o "No" debajo de "Familiares" para indicar si un familiar de sangre ha tenido alguno de los siguientes.

	Yo		**Familiares**	
SIDA/HIV	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Artritis	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Válvula de Corazón Artificial	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Articulación Artificial	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Asma	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Sangrado	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Ceguera (Pérdida de la Vista)	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Cáncer	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Cataratas	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Adicto a Sustancias Químicas	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Diabetes (Tipo ____)	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Sensibilidad a Medicamentos	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Enfisema	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Epilepsia	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Operación de los Ojos	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Glaucoma	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Fiebre del Heno	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No

	Yo		**Familiares**	
Enfermedades Cardíacas	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Hepatitis (Tipo ____)	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Alta Presión	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Enfermedad Renal (Riñones)	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Ojo Vago (D o I)	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Lupus	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Migrañas	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Marcapasos	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Poca Visión de los Colores	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Enfermedad de la Retina	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Fiebre Reumática	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Herpes	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Condiciones de la Piel	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Derrame Cerebral/ Apoplejía	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Condiciones de la Tiroides	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Tuberculosis	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No
Ojos Torcido (D o I)	☐ Sí	☐ No	☐ Sí	☐ No

Médico Primario: _____ **Fecha del último examen físico:** _____

¿Usted, el paciente, ha tenido dos o más caídas en el último año? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

¿Está Embarazada? ☐ Sí ☐ No **Número de Hijos** _____

¿Fumas o has fumado alguna vez? ☐ Sí ☐ No **Si respondió "Sí", por cuánto tiempo?** _____ **¿Cuándo paró?** _____

¿Bebes Alcohol? ☐ Sí ☐ No **Si respondió "Sí", con qué frecuencia?** _____

¿Usa Drogas Recreacionales? ☐ Sí ☐ No **Si respondió "Sí", que tipo, y con qué frecuencia?** _____

Farmacia Preferida: _____ **Ciudad:** _____ **Número de Teléfono:** _____

Indique todas las cirugías que haya tenido, que tipo, y en qué año (si no le aplica, por favor escriba N/A):

_____

_____

_____

Indique todos los medicamentos y la dosis que está tomando actualmente, incluyendo las gotas para los ojos (si esto no se aplica a usted, escriba N/A):

_____

_____

_____ _____

Indique todas las alergias y reacciones a medicamentos y alergias a los alimentos (si no le aplica, por favor escriba N

_____

AUTORIZACIÓN DE 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 ese 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 Beneficiado Fecha

¡Confía sus Ojos a Excelencia!

ASIGNACIÓN DE ASEGURANZA DE TRATAMIENTO & RESPONSABILIDAD DE FINANCIAMENTO

Gracias por elegir nuestra oficina para su cuidado de la vista. Apreciamos la oportunidad de atender sus necesidades de cuidado de la vista y esperamos poder conocerlo. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en mencionar esto a nuestro personal. Nuestra misión es ofrecer atención médica personalizada y de alta calidad.

1. **Autorización de Seguro Privado para Asignación de Beneficios y Liberación de Beneficios**
   Yo, autorizo el pago a Atlantic Eye Care por los servicios prestados para mí o mis dependientes correspondiente a mis beneficios médicos. Autorizo al médico a facilitar a terceros y/o profesionales de salud cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de tratamiento o examen que se me proporcione y/o a mí o a mis dependientes durante el período de dichos servicios. Yo autorizo se entregue la información médica necesaria para la solicitud de cobro la compañía de seguros.

2. **Autorización de Pagos**
   Atlantic Eye Care solicitará a la compañía de seguros los cobros por servicios prestados, por lo que autorizo se haga el pago correspondiente a mis beneficios de seguro de salud. Entiendo que soy financieramente responsable por seguro de salud, deducibles, co-seguros, co-pagos, y servicios no cubiertos por la compañía de seguros. Entiendo que mi co-pago debe ser pagado en el momento de mi cita. Si no se paga en su totalidad dentro de los 3 meses posteriores a la recepción del pago del seguro, mi cuenta será enviada a colecciones.

3. **Servicios Prestados a Menores**

Por todos los servicios efectuados al paciente menor, el adulto que acompaña el paciente será el responsable de los pagos en el momento del servicio.

_____	_____	_____
Firma del Paciente	Nombre en Letra Imprenta	Fecha

Si el paciente es menor de 18 años, el padre/guardián o el representante del paciente debe firmar.

_____	_____
Nombre en Letra Imprenta del Representante del Paciente	Relación con el Paciente
_____	_____
Firma del Representante del Paciente	Fecha

Rodolfo J. Rios, MD
1306 Savannah Road
Lewes, DE 19958
Phone: (302) 644-8007
Fax: (302) 644-2797

POR FAVOR, LEA TODA LA INFORMACIÓN ABAJO ANTES DE FIRMAR

Servicio de Refracción & Cargo

La refracción es un examen que le permite al doctor saber exactamente la medida o prescripción que un paciente requiere para anteojos o lentes de contacto.

La mayoría de los planes de seguro médico, incluido Medicare, NO CUBREN una refracción de rutina. Medicare permite que cobremos por separado esa parte del examen.

El cargo de refracción actual de nuestra oficina es **$40**, cuál será la responsabilidad del paciente si su seguro médico no cubre el servicio.

Si tiene alguna pregunta sobre Medicare y/o las políticas y procedimientos de seguro, no dude en preguntar. Haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarlo.

Cargo por No Presentarse a su Cita

Después de programar una cita, llamaremos con un día de anticipación para recordarle al paciente de su visita como una cortesía. A partir del 1 de febrero de 2007, todos los pacientes están obligados a llamar con 24 horas de anticipación para la cancelación de una cita. Si la cita no es cancelada y/o el paciente no se presenta a su cita, se le cobrará **$25**.

Cuentas Vencidas

Las cuentas vencidas se transferirán a una agencia de cobranza. Usted será responsable de todos los costos de cobro, que pueden incluir honorarios de cobro, honorarios de abogados, y cualquier otro cargo cobrado por la agencia de cobros, incluyendo, en otros, un cargo por un pago parcial realizado en una cuenta vencida.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Leí la información anterior y entiendo que la refracción es un servicio no cubierto por el seguro. Acepto total responsabilidad financiera por el costo de este servicio. Entiendo que cualquier co-pago, co-seguro o deducible que pueda tener, es separado y no está incluido en el costo de la refracción.

He leído la información anterior y entiendo que debo llamar con 24 horas de anticipación para cancelar o seré responsable de pagar **$25** por no presentarme a mi cita.

He leído la información anterior y entiendo que si tengo un saldo vencido, mi cuenta será transferida a una agencia de cobro y yo seré responsable de todos los costos de cobro mencionados anteriormente.

_____	_____	_____
Firma del Paciente (Padre/Guardián para Menor de Edad)	Nombre en Letra Imprenta	Fecha

¡Confía sus Ojos a Excelencia!

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE - INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El documento de Práctica de Privacidad provee información acerca de cómo podemos usar, revelar y proteger su información de salud. El documento contiene una sección de los Derechos del Paciente ante la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro documento antes de firmar. Los términos de nuestro documento pueden cambiar, si así fuese, usted podrá obtener una copia solicitándola a nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar proteger la información de su salud, como sea usada o revelada para su tratamiento, pagos u operaciones de salud.

Firmando este documento, nos dará la aprobación para usar, revelar, y proteger la información de su salud para su tratamiento, pagos u operaciones de salud. Usted tiene el derecho de revocar esta aprobación informando su decisión por escrito y firmada por usted. Sin embargo, la revocación no afectara ninguna revelación que hayamos hecho antes de su consentimiento. La práctica ofrece este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El paciente está enterado y entiende que:

- La información de salud protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago o atención médica a operaciones de salud.
- La práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar esta política.
- La práctica se reserva el derecho de cambiar la Política de Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

Firma del Paciente	Nombre en Letra Imprenta	Fecha

Si el paciente es menor de 18 años, el padre/guardián o el representante del paciente debe firmar.

Nombre en Letra Imprenta del Representante del Paciente	Relación con el Paciente
Firma del Representante del Paciente	Fecha
Testigo - Firma del Representante de la Práctica	Fecha