

PACIENTE FORMULARIO DE REGISTRO

Nombre		Initial	Apellido	Sufijo	Sexo: H / M
Dirección				Fecha de Nacimiento	
Ciudad		Estado		Codigo Postal	
Idioma Preferido		Raza ☐ Indio o de Alaska Indígena de América ☐ Negro / Afro Americano ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico ☐ Hispanic or Latino ☐ Blanco			
Etnicidad ☐ Origen Hispánico ☐ No de Origen Hispano					
Casa #		Trabajo #		Celular #	
Seguro Social #		Estado civil ☐ S ☐ M ☐ D ☐ W		Correo Electronico	
Nombre del Empleador, Dirección / Ocupación					
Nombre del Contacto de Emergencia		Teléfono #		Relación	
Médico Refiriente / Nombre del Grupo		Teléfono #		Ciudad	
Médico de Atención Primaria		Teléfono #		Ciudad	
Persona financieramente responsable (si es diferente del paciente)					
Dirección de la persona responsable:				Teléfono #	
*** ¿Reside usted actualmente en un centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación?				☐ Si ☐ No	
¿Esta visita está relacionada con un accidente de auto o una compensación laboral?				☐ Si ☐ No	

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario :	Nombre del titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento: Sexo: H / M
Dirección:		
ID #:	Grupo #:	Fecha de Vigencia:
Seguro Secundario:	Nombre del titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento: Sexo: H / M
Dirección:		
ID #:	Grupo #:	Fecha de Vigencia:

DECLARACIÓN POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a nuestra práctica para su atención médica. Estamos comprometidos a ofrecerle los servicios de mayor calidad disponibles. Por favor lea y firme la siguiente política. Si estamos contratado con su compañía de seguros, vamos a aceptar la asignación. Todos los copagos, coaseguros y deducibles se deben pagar al momento del servicio. El no proporcionar las referencias necesarias o la información correcta resultará en todos los cargos por los servicios, la exclusiva responsabilidad del paciente / garante. Usted será responsable de los saldos no cubiertos por su seguro. Se le cobrará un cargo de \$35 si su cheque es devuelto por su banco. Nuestra política de "no show" y cancelación es la siguiente: A la primera ocurrencia se le cobrará una tarifa de \$25. Segunda ocurrencia al paciente se le cobrará una tarifa de \$35. A la tercera ocurrencia se le cobrará al paciente una tarifa de \$50. Al paciente se le podría cobrar el precio completo de la visita programada por cualquier evento adicional de "no show" y/o cualquier cancelación dentro de un período de 24 horas de la cita programada.

HIPAA - Esta oficina cumple con todos los aspectos indicado en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y nuestra política de privacidad será en cumplimiento con todas las leyes y reglamentos pertinentes.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente autorizo Eye Centers of America, LLC para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Autorizo que los pagos de Medicare, Medigap, y/o cualquier otra compañía de seguros sean remitidos directamente Eye Centers of America, LLC. Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para esta y/o cualquier reclamo a el seguro nombrado anteriormente o en caso de beneficios de la Parte B de Medicare.

Por la presente declaro que me han dado y he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

HIPAA AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Consentimiento de Privacidad

Entiendo que Eye Centers of America, LLC, "Aviso de prácticas de privacidad" brinda información sobre cómo se utilizará y divulgará mi información de salud. La sección "Derechos del paciente" describe mis derechos conforme a la ley. Tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que este aviso puede cambiar y que puedo solicitar una copia revisada. Entiendo que tengo derecho a solicitar que limitemos la información médica que se divulga con respeto a mis tratamientos, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que no se requiere que Eye Centers of America, LLC acepte esta restricción, pero usted respetará este acuerdo.

Reconozco que al firmar este formulario, consiento su uso y divulgación para proteger la información médica sobre mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito con mi firma. Sin embargo, esta revocación no afectará ninguna divulgación que Eye Centers of America, LLC ya haya hecho antes de mi consentimiento. Eye Centers of America, LLC, me proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

Consentimiento para Divulgar Información

Reconozco que al firmar este formulario, permito que Eye Centers of America, LLC, divulgue cualquier información al médico o médicos involucrados en mi atención médica. Consiento que Eye Centers of America, LLC, pueda llamar a mi casa o a las ubicaciones designadas y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los recordatorios de mis citas y los artículos de seguro. Además, Eye Centers of America LLC, puede enviar por correo recordatorios de citas y estados de cuenta del pacientes a mi hogar.

Designo a los siguientes representantes como legalmente autorizados para comunicarse con Eye Centers of America, LLC, en mi nombre. Si no designa a nadie, el Doctor / Eye Centers of America, LLC, no podrá hablar con nadie además del paciente con respecto a su condición médica.

Yo reconozco y doy mi consentimiento a Eye Centers of America, LLC para usar mis imagenes rutinarios de los ojos. Estas imagenes seran usadas para propositos de certificación. Todos los identificadores personales seran removidos antes de que las imagenes sean usadas.

Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

Firma en Archivo

Solicito que el pago de los beneficios autorizados que realice en mi nombre a EYE CENTERS OF AMERICA, LLC. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a ser divulgada a Novitas Medicare Solutions o a cualquier otro de mis proveedores de servicios médicos y cualquier información necesaria para determinar los beneficios medicos o beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma (Paciente o Guardian Legal): _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA PARA PACIENTES NUEVO

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Altura: _____ Peso: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA:

QUEJA PRINCIPAL (DESCRIBA SUS SIMPTOMAS):

☐ Perdida de Visión Central	☐ Resplandor de Luces Brillantes	☐ Párpados Hinchados
☐ Perdida de Visión Periferal	☐ Resplandor de Luces de Carros	☐ Párpados Caidos
☐ Perdida de Visión Nocturna	☐ Resplandor de la Luz del Sol	☐ Párpados Colgados
☐ Perdida de Visión a Distancia	☐ Lagrimando por el Brillo de Luz	☐ Párpados Que No Cierran
☐ Perdida de Visión de Leer	☐ Lagrimando por la Luz del Sol	☐ Chichón en el Párpado
☐ Perdida de Visión de Color	☐ Dolores de Cabeza	☐ Crecimiento en Párpados
☐ Relampagos de Luz	☐ Descarga Lacrimoso	☐ Picasón de Párpados
☐ Puntos Negros Flotadores	☐ Descarga Mucosa	☐ Sarpullido en los Párpados
☐ Sombras en la Visión Periferal	☐ Descarga Crujiente	☐ Enrojecimiento de los Párpados
☐ Distorsión de Lineas Vectas	☐ Descarga Arenosa	☐ Espasmos de Párpados
☐ Arillo Alrededor de Las Luces	☐ Dolor de Ojo	☐ Otro:
☐ Sensibilidad a Luces Brillantes	☐ Ardor de Ojo	☐
☐ Sensibilidad a las Luces de Carros	☐ Incón de Ojo	☐
☐ Sensibilidad a la Luz de Sol	☐ Dolor Punzante de Ojo	☐
☐ Objetos Aparecar más Pequeños	☐ Sensación de Cuerpo extraño en el Ojo	☐

Lugar: ¿Cuál es el lugar del problema / qué? ☐ Ojo Derecho ☐ Ojo Izquierdo ☐ Ambos Ojos

Calidad: ¿Cuál es la naturaleza del dolor? ☐ Constante ☐ Aguda ☐ Mejora ☐ Empeora

Gravedad: Describa su dolor en una escala de 1 a 10, siendo 10 el peor _____

Duración: ¿Cuando empecé el dolor/problema? _____

¿Cuando tiempo lleva el dolor/problema? _____

Tiempo: ¿El problema es peor en la mañana, tarde, o es constante? _____

Contexto: ¿Se relaciona con una actividad? _____

La Modificación de Factores: ¿Qué esfuerzos ha realizado el paciente para mejorar el problema?

Historia: ¿Esta visita está relacionada con un accidente de auto o una compensación laboral? _____

<u>SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES</u> Cambio de peso recientes ☐ Sí ☐ No Buena salud general últimamente ☐ Sí ☐ No Fiebre ☐ Sí ☐ No Fatiga ☐ Sí ☐ No Dolores de cabeza ☐ Sí ☐ No Insomnio ☐ Sí ☐ No Horas de sueño cada noche _____	<u>PSIQUIÁTRICO</u> Nerviosismo ☐ Sí ☐ No Pérdida de memoria o confusión ☐ Sí ☐ No Depresión ☐ Sí ☐ No Insomnio ☐ Sí ☐ No Ansiedad ☐ Sí ☐ No	<u>HEMATOLÓGICA/LINFÁTICA</u> Tardan en sanar cortaduras ☐ Sí ☐ No Tendencia de sangrado o moretones ☐ Sí ☐ No Anemia ☐ Sí ☐ No Flebitis ☐ Sí ☐ No Historia de transfusión ☐ Sí ☐ No Agrandamiento de las glándulas ☐ Sí ☐ No Transfusión de sangre ☐ Sí ☐ No Reacción a la transfusión ☐ Sí ☐ No
<u>RESPIRATORIO</u> Tos crónica o frecuente ☐ Sí ☐ No Escupiendo sangre ☐ Sí ☐ No Falta de respiración ☐ Sí ☐ No Asma o sibilancias ☐ Sí ☐ No Falta de respiración cuando camina o esta acostado ☐ Sí ☐ No Infección respiratoria ☐ Sí ☐ No Apnea del sueño ☐ Sí ☐ No	<u>INTEGUMENTARIO</u> Sarpullido o picazón ☐ Sí ☐ No Cambio en el color de la piel ☐ Sí ☐ No Cambio en la cabello o las uñas ☐ Sí ☐ No Venas varicosas ☐ Sí ☐ No Dolor de pecho ☐ Sí ☐ No Quiste en el pecho ☐ Sí ☐ No Secreción de los senos ☐ Sí ☐ No Trastornos de la piel ☐ Sí ☐ No	<u>NUTRICIÓN</u> Suplementos ☐ Sí ☐ No Tiene en tubo de alimentación ☐ Sí ☐ No Desorder de alimentación ☐ Sí ☐ No Vitaminas/Minerales/Hierbas ☐ Sí ☐ No Insuficiencia hepática ☐ Sí ☐ No Dificultad para tragar ☐ Sí ☐ No Pérdida de peso involuntaria en los últimos 3 meses ☐ Sí ☐ No
<u>MUSCULOESQUELÉTICO</u> Artritis ☐ Sí ☐ No Dolor de las articulaciones ☐ Sí ☐ No Rigidez articular o hinchazón ☐ Sí ☐ No Dolor muscular o calambres ☐ Sí ☐ No Trastorno muscular ☐ Sí ☐ No Dolor de espalda ☐ Sí ☐ No Extremidades frías ☐ Sí ☐ No Dificultad para caminar ☐ Sí ☐ No Enfermedad en la columna vertebral ☐ Sí ☐ No Fracturas ☐ Sí ☐ No La debilidad de músculos o articulaciones ☐ Sí ☐ No	<u>OIDOS, NARIS, BOCA Y GARGANTA</u> La pérdida de audición o zumbido ☐ Sí ☐ No Audífonos ☐ Sí ☐ No Dolor de oídos o drenaje ☐ Sí ☐ No Problemas crónicos del virus ☐ Sí ☐ No Rinitis ☐ Sí ☐ No Sangrado de la nariz ☐ Sí ☐ No Llagas en la boca ☐ Sí ☐ No Sangrado de las encías ☐ Sí ☐ No Dolor de garganta o cambio de voz ☐ Sí ☐ No El mal aliento o mal sabor ☐ Sí ☐ No Inflamación de las glándulas de cuello ☐ Sí ☐ No	<u>NEUROLÓGICO</u> Ornar frecuentemente ☐ Sí ☐ No Aturdimiento o mareo ☐ Sí ☐ No Convulsiones o ataques ☐ Sí ☐ No Temblores ☐ Sí ☐ No Debilidad o parálisis ☐ Sí ☐ No Derrame/Ataque cerebral ☐ Sí ☐ No Lesiones en la cabeza ☐ Sí ☐ No Dificultades hablando ☐ Sí ☐ No Adormecimiento o estremecimiento ☐ Sí ☐ No Dificultades caminando ☐ Sí ☐ No Dificultades con la visión ☐ Sí ☐ No Gafas o Lentes de contacto ☐ Sí ☐ No
<u>CARDIOVASCULAR</u> Problema del corazón ☐ Sí ☐ No Dolor en el pecho ☐ Sí ☐ No Angina de pecho ☐ Sí ☐ No Palpitaciones ☐ Sí ☐ No Sin calor o Intolerancia del frio ☐ Sí ☐ No Hinchazón de pies o tobillos ☐ Sí ☐ No Marcapasos ☐ Sí ☐ No Infarto de miocardio ☐ Sí ☐ No Hipertensión ☐ Sí ☐ No Insuficiencia cardíaca ☐ Sí ☐ No Enfermedad de la válvula ☐ Sí ☐ No Soplo en el corazón ☐ Sí ☐ No El ritmo irregular ☐ Sí ☐ No Colesterol alto ☐ Sí ☐ No Enfermedad vascular periférica ☐ Sí ☐ No	<u>ENDOCRINO</u> Problemas glandular o hormonales ☐ Sí ☐ No Enfermedad de tiroides ☐ Sí ☐ No El exceso de sed o de orina ☐ Sí ☐ No Piel seca ☐ Sí ☐ No Cambio en el tamaño del sombrero o el guante ☐ Sí ☐ No Diabetes ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo se le diagnosticó? _____ Tipo 1 o Tipo 2 (por favor círculo) HGB A1C/HbA1c? _____ Fecha: _____ Usted está en insulina ☐ Sí ☐ No Veces al día _____ ¿Está usted en Diálisis ☐ Sí ☐ No	<u>GENITROURINARY</u> Urinación frecuente ☐ Sí ☐ No Urinación dolorosa en la orina ☐ Sí ☐ No Tiene sangre en la orina ☐ Sí ☐ No Tiene incontinencia o goteo ☐ Sí ☐ No Piedras en el riñón ☐ Sí ☐ No Enfermedad de transmisión sexual ☐ Sí ☐ No Dificultad sexual ☐ Sí ☐ No Hombre- Dolor en los testículos ☐ Sí ☐ No Problemas de Próstata ☐ Sí ☐ No Hembra- Dolor con los Períodos ☐ Sí ☐ No Hembra- Períodos irregulares ☐ Sí ☐ No VIH ☐ Sí ☐ No SIDA ☐ Sí ☐ No

GASTROINTESTINAL		ANTECEDENTES MÉDICOS		MEDICAMENTOS ACTUALES	
Pérdida de apetito	☐ Sí ☐ No	Condición Médico	Año de inicio	Nombre	Dosis
Cambio en los movimientos intestinales	☐ Sí ☐ No				
Náuseas o vómitos	☐ Sí ☐ No				
Diarrea frecuente	☐ Sí ☐ No				
Defecaciones dolorosa o estreñimiento	☐ Sí ☐ No				
El sangrado rectal o sangre en las heces	☐ Sí ☐ No				
Dolor en el estómago	☐ Sí ☐ No				
Úlcera péptica (Estómago o en el duodeno)	☐ Sí ☐ No				
Hernia de hiato	☐ Sí ☐ No				
Problemas gastrointestinales	☐ Sí ☐ No				
Hemorroides	☐ Sí ☐ No				
Pancreatitis	☐ Sí ☐ No				
Hepatitis	☐ Sí ☐ No				
Enfermedades del hígado	☐ Sí ☐ No				
Enfermedad renal	☐ Sí ☐ No				

ANTECEDENTES QUIRURGICOS		HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE	
Cirugías	Fecha	Estado Civil	Uso de Tabaco
		☐ Soltero	☐ Nunca
		☐ Casado	☐ Anteriormente Pero Pare
		☐ Divorciado	☐ Actualmente
		☐ Viudo	_____ Paquetes al día
		Uso de Alcohol	La Exposición Excesiva en el Hogar o el Trabajo de:
Anestesia Complicaciones	☐ Sí ☐ No	☐ Nunca	☐ Vapores _____
En caso afirmativo explique:		☐ Raramente	☐ Disolventes _____
		☐ De vez en cuando	☐ Químicos _____
		☐ Diario	☐ Otro _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR			
	Edad	Enfermedades	Si Ha Fallecido, Causa de Muerte
Padre			
Madre			
Hermano(s)			
Hermana(s)			
Esposo(a)			
Hijos			
Directivas anticipadas de atención médica	☐ Sí ☐ No ☐ Quisiera información		

LISTA DE TODAS SUS ALERGIAS			

**POR FAVOR DENOS LA INFORMACIÓN DE TODOS LOS
MEDICOS QUE USTED ESTA VIENDO**

<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>NOMBRE DEL MEDICO</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>NÚMERO DE TELÉFONO</u>
<u>Oftalmólogo</u>			
<u>Optometrista</u>			
<u>Médico Primario</u>			
<u>Endocrinólogo</u>			
<u>Cardiólogo</u>			
<u>Nefrólogo</u>			
<u>Neurólogo</u>			
<u>Podólogo</u>			
<u>Especialista Vascular</u>			
<u>Otro</u>			