

# AMERICAN EYE CARE CENTER

Forma de Registración

## INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO:

### Seguro Primario:

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Miembro: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario:

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Miembro: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

### Garante de Seguro Primario:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de cualquier información medica necesaria para procesar esta reclamación y autorizar el pago de beneficios médicos de cualquier compañía de seguros a Dr. Hameed Peracha por sus servicios. Yo me comprometo legalmente ser responsable a pagar por todos los cargos de servicio ofrecidos que no haiga sido pagados por mi seguro médico.

Firma: \_\_\_\_\_

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

## REVISION DE SINTOMAS

Doctor Referente: \_\_\_\_\_ Fecha de ultimo examen de ojos: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas? Si su respuesta es "SI" proporcione detalles en el espacio de abajo.

### Síntomas:

Perdida de peso ----- Si / No

Perdida de Visión ----- Si / No

Visión Borrosa ----- Si / No

Pérdida de visión lateral — Si / No

Visión Doble ----- Si / No

Ojo Seco ----- Si / No

Secreción en ojos ----- Si / No

Enrojecimiento ----- Si / No

Sensación arenosa ----- Si / No

Picazón de ojos ----- Si / No

Exceso de lagrimas ----- Si / No

Sensibilidad a la luz ----- Si / No

Dolor de ojos ----- Si / No

Infección crónica ----- Si / No

Visión Fluctuante ----- Si / No

Ojos Cansados ----- Si / No

Garganta Seca ----- Si / No

Presión Alta ----- Si / No

Bronquitis ----- Si / No

Asma ----- Si / No

Dolor de músculos ---- Si / No

Diabetes ----- Si / No

Alergias ----- Si / No

Tiroides ----- Si / No

Use esta área para proveer mas detalles:

---

---

---

---

## HISTORIA MEDICAL

Lista de medicinas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías: \_\_\_\_\_

Lista de enfermedades presentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

Enfermedad	Si	No	Relación
Ceguera			
Glaucoma			
Degeneración macular			
Desprendimiento retinal			
Diabetes			
Ataque al corazón			

## HISTORIA SOCIAL

¿Maneja? **Si / No**

¿Tiene dificultad al manejar? **Si / No**

¿Tiene problemas con visión nocturna? **Si / No**

¿Usa lentes de contacto? **Si / No**

¿Usa gafas? **Si / No**      ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? **Si / No / Ocasionalmente**

¿Fuma? **Si / No / Ocasionalmente**

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? **Si / No**      ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **REGLAS Y POLITICAS DE LA OFICINA**

¡Bienvenidos a nuestra oficina! Nos gustaría proveer el mejor cuidado. Lea cuidadosamente las políticas de la oficina para servirle mejor.

**Referidos:** Su aseguranza podría requerir que tenga un referido de su doctor primario. Si tu plan requiere una referencia, es tu responsabilidad obtenerlo y traerlo el día de su visita.

**Registros Médicos:** Pacientes que soliciten copias de sus registros médicos deben comunicarse con nuestra oficina al menos una semana de anticipación para recoger personalmente y firmar las formas necesarias. Habrá un cargo de \$2.00 por pagina y \$10.00 por arreglo y revisión de registros.

**Cheques Devueltos:** Se le cobrara \$15.00 por cualquier cheque devuelto o cancelado.

**Copagos:** Copagos y deducibles deben ser pagados el día de su visita.

**Rellenos de prescripciones:** Si necesita relleno a alguna de sus medicaciones, déjenos saber con anticipación de 24 a 48 horas para poder completar su pedido.

**Resultados:** Resultados de todos los procedimientos y pruebas serán discutidos durante su siguiente visita.

**Cobro de Refracción:** La refracción es una parte esencial de el examen que nos ayudara a determinar si el paciente necesita lentes. Estas medidas no son cubiertas por la mayoría de las aseguranzas. Si este servicio no es cubierto por su seguro, habrá un cobro de \$44.00 y usted será responsable por este cargo.

**Citas y cancelaciones:** Pacientes que lleguen mas de 25 minutos tarde a su cita serán acomodados basado en el horario del día. Si necesita cancelar una cita, llame y déjenos saber con 24 horas de anticipación. Se le cobrara \$25.00 por faltar a su cita sin avisar con tiempo. Si tiene cirugía programada con nuestra oficina y necesita cancelar, déjenos saber semanas antes de la fecha indicada, si no cancela con tiempo, habrá un cobro de \$200.00.

Su firma indicara que usted ha leído y entiende todo lo dicho. Tiene derecho a pedir copia de este documento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## FORMA DE CONSENTIMIENTO

Nuestro aviso de practicas de privacidad brinda información sobre como podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El aviso contiene una sección que describe su derecho como paciente según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar esta forma de consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar en el futuro, si se producen cambios, usted recibirá una copia revisada en nuestra oficina.

Tiene el derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utiliza o divulga su información medica para su tratamiento, pagos y procedimientos médicos. No tenemos la obligación de aceptar las restricciones, pero si en caso de aceptación, nosotros debemos honrar el acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para su tratamiento, pago y operaciones médicas. Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento en una carta escrita y firmada por usted personalmente. Sin embargo, dicha revocación no afectara ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su consentimiento previo. Esta oficina proporciona este formulario con la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPPA)

Usted como paciente entiende que:

- La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para su tratamiento, pagos o procedimientos médicos.
- La oficina tiene el derecho a cambiar el aviso de practica de privacidad.
- El paciente tiene el derecho a restringir el uso de su información y que también la oficina no tiene que aceptar estas restricciones dependiendo de cada caso.
- El Paciente tiene derecho a revocar este consentimiento en una carta escrita y firmada.
- La oficina comenzara a ofrecer servicios tan pronto este consentimiento sea firmado.

¿Nos permite llamarles a los números de contacto ofrecidos por usted para recordarle de futuras citas?

**SI / NO**

¿Hay alguien que usted permita discutir acerca de su información o citas futuras que tenga con nosotros en caso de que no le podamos contactar? **SI / NO**

Si respondió "SI", favor de dar nombre y numero de contacto de esa persona

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma de representante de oficina: \_\_\_\_\_