



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

Prepárese para su consulta de baja visión

Complete la documentación segura de HIPAA en línea en esta dirección para importarla directamente a su registro médico:

<https://www.viewfinderlowvision.com/new-patient-forms>

De lo contrario, llene y traiga a ***su cita una copia*** impresa completa de los siguientes formularios. Si no puede completar el papeleo en casa, llegue 15 minutos antes para recibir ayuda del personal de recepción.

Traiga los anteojos, lupas y otras ayudas para la baja visión que esté usando.

Por favor, traiga sus tarjetas de seguro a todas las citas.

Traiga una copia del informe de su examen de la vista más reciente para poder concentrarse en los dispositivos y herramientas para la baja visión durante su consulta. Si no ha sido atendido por un oftalmólogo en los últimos 12 meses, organice un conductor y cualquier otro plan necesario para un examen de los ojos con dilatación de las pupilas durante su primera cita.

Para permitir una reprogramación adecuada, llame con al menos 24 horas de anticipación para todas las cancelaciones.

Las citas canceladas el mismo día o las citas perdidas pueden recibir un cargo por "no presentarse" de \$60.00.



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

Información de registro de pacientes

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Hombre** ____ **Mujer** ____

de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ **Apto. #** _____

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

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico:

Médico de Atención Primaria: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Fecha del último examen: ____/____/____

Oftalmólogo de Atención Primaria:

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Fecha del último examen: ____/____/____

Especialista en Retina, Glaucoma, Córnea, Neuro-Oftalmología:

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Fecha del último examen: ____/____/____



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

Historial médico: Marque todo lo que se aplica a usted.

SALUD OCULAR:

- Degeneración macular
- Seco D/I
- Húmedo D/I
- Inyecciones D/I
- Glaucoma D/I
- Cataratas D/I
- Cirugía D/I

Retinopatía Diabética
D/I

- Enfermedad del Nervio Óptico D/I
- Distrofia de retina D/I
- Lesión ocular D/I
- Estrabismo D/I
- Amblyopia D/I
- Ojos secos D/I
- Hemianopsia D/I

CONSTITUCIÓN

GENERAL:

- Cambios en el apetito
- Cambios de peso
- Fatiga
- Tipo de cáncer: _____

CARDIOVASCULAR:

- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Dolor en el pecho
- Infarto
- Paro cardíaco
- Arritmia
- Marcapasos
- Válvula cardíaca artificial

OÍDOS/NARIZ/

GARGANTA:

- Problemas de sinusitis
- Alergias estacionales
- Pérdida de audición

PULMONES:

- Asma
- Enfisema
- Dificultad para respirar
- EPOC
- Tos crónica
- Uso de oxígeno

DIGESTIÓN:

- Úlcera
- Colon irritable
- Diarrea
- Estreñimiento

URINARIO:

- Infección renal
- Insuficiencia renal
- Micción frecuente
- Infección de la vejiga
- Infección del tracto urinario

SISTEMA NERVIOSO:

- Dolor de cabeza/migrañas
- Lesión en la cabeza
- Alzheimer
- Confusión
- Demencia
- Esclerosis múltiple
- Accidente cerebrovascular / AIT
- ¿Cuándo? _____

MUSCULAR/ ESQUELÉTICO:

- Artritis

- Dolor en las articulaciones
- Dolor de espalda
- Debilidad en el brazo
- Dificultad para caminar

ENDOCRINO:

- Diabetes tipo 1/2
- Año de diagnóstico: _____
- Hipotiroideo
- Hipertiroideo
- Hipoglucemia

SISTEMAS

INMUNOLÓGICOS

- Artritis reumatoide
- Enfermedad de Crohn
- SIDA/VIH
- Lupus
- Trastorno alérgico

SOCIAL:

- Ansiedad
- Depresión
- Consumo de tabaco (Circúle uno)
Nunca / Pasado / Presente
- Consumo de alcohol
Nunca / Pasado / Presente
- Consumo de drogas recreativas
Nunca / Pasado / Presente
- Tipo: _____



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

Proporcione una lista actualizada de medicamentos al personal de recepción. De lo contrario, anote a continuación.

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias a medicamentos: _____



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

A menos que tengamos un contrato con su compañía de seguros, el pago debe realizarse en el momento del servicio. Como cortesía, facturaremos a su seguro en su nombre y le reembolsaremos, en caso de que sus servicios estén cubiertos.

Si tiene una póliza de seguro HMO junto con Medicare, el plan HMO se hace cargo de su seguro principal. Las pólizas de seguro HMO PUEDEN O NO, CUBRIR los exámenes de baja visión. Comuníquese con su proveedor de HMO para hablar sobre sus beneficios cubiertos.

Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Su médico no tiene control sobre lo que está cubierto. Usted es responsable de conocer los beneficios y restricciones de su póliza de seguro. Es posible que algunas compañías de seguros no cubran **los servicios "fuera de la red"** o los servicios **de "proveedores no participantes"**. **Es posible que su seguro complementario no pague el saldo restante de sus cargos, en cuyo caso el saldo es su responsabilidad.**

Un examen de baja visión normalmente incluye una refracción. Esta es una prueba para determinar la potencia de los anteojos u otros dispositivos de baja visión que pueda necesitar. El costo de esta prueba es **de \$60.00** y no está **cubierto por la mayoría de los seguros. Tenga en cuenta que esto es solo una parte del examen de baja visión y se recogerá en el momento del servicio.** La tarifa del examen completo está determinada por



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

la cantidad de tiempo que el médico pasa con el paciente y/o las pruebas realizadas.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido la Política de Responsabilidad Financiera anterior.

Firma: _____ Fecha: _____

CUENTAS DELINCIENTES

Al firmar a continuación, reconozco que en caso de que mi compañía de seguros no pague por los servicios que recibo, es mi responsabilidad proporcionar el pago puntual al Centro de Recursos para Baja Visión de ViewFinder.

Entiendo que, si mi cuenta tiene 90 días de retraso, ViewFinder enviará mi cuenta a una empresa de cobro para que la resuelva. Todas las cuentas morosas que se envíen a nuestra agencia de cobro se incrementarán en un 40% para cubrir nuestras tarifas de cobro.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE SEGURO

Por la presente, autorizo al Centro de Recursos para Baja Visión de ViewFinder a difundir cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo a mi compañía de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

Mientras le brindamos servicio, creamos, recibimos y almacenamos información de salud que lo identifica. A menudo es necesario usar y difundir esta información de salud para tratarlo, para obtener el pago de nuestros servicios y para realizar operaciones de atención médica que involucren a nuestra oficina.

Cuando firma este documento de consentimiento, usted indica que acepta que podemos y divulgaremos su información de salud para tratarlo, para obtener el pago de nuestros servicios y para realizar operaciones de atención médica. Según la política de privacidad, no podemos divulgar su información sin su consentimiento.

Sí **No** Doy permiso a ViewFinder para dejar información médica personal en el contestador automático de los números de teléfono que he indicado o a través de mi dirección de correo electrónico.

Doy permiso a ViewFinder para usar los nombres que se enumeran a continuación como mis contactos de emergencia y/o para compartir mi información de salud por teléfono o en persona:

1. Nombre: _____ Parentesco: _____
Teléfono: _____



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

2. Nombre: _____ Parentesco: _____
Teléfono: _____

3. Nombre: _____ Parentesco: _____
Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA está disponible si lo solicita. También se encuentra en nuestro sitio web.

Por favor, compruebe su preferencia:

Sí, me gustaría una copia

No, no quiero una copia

Sí **No** ¿Tiene un poder notarial para ayudarlo en sus decisiones de atención médica?

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma como representante personal del paciente, describa la relación con el paciente y la fuente de autoridad para firmar este formulario.



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____

CANCELACIÓN DE 24 HORAS Y POLÍTICA DE CARGOS POR "NO PRESENTARSE"

Cada vez que un paciente falta a una cita sin avisar adecuadamente, otro paciente no puede recibir atención. Por lo tanto, el Centro de Recursos para Baja Visión de ViewFinder se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$60.00 por todas las citas perdidas ("no presentarse") y citas que, sin una razón convincente, no se cancelen con un aviso de 24 horas de anticipación.

Los cargos por "No presentarse" se facturarán al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita.

Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por atender mejor las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este aviso y comprende esta política.



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

Firma: _____ Fecha: _____



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

Liberación de registros de pacientes

Fecha: _____

Para: _____

Fax #: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Por la presente lo autorizo a liberar registros a:



Carlos Grandela, OD

Cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya realizado durante el período de _____ a _____.

Por favor, envíe los registros a:

1830 S Alma School Rd, #131
Mesa, AZ 85210
Phone: 480.924.8755
Fax: 480.854.1864

1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
623-583-2800
Fax: 480.854.1864

Firma del paciente

Testigo

1830 South Alma School Road, Suite 131, Mesa, Arizona 85210 480.924.8755

1234 E Northern Ave., Phoenix, Arizona 85020 623.583.2800

201 E 5900 S #201 E, Murray, Utah 480.924.8755



1234 E Northern Ave
Phoenix, AZ 85020
(623) 583-2800

Con el fin de comunicar de forma segura la información confidencial de salud del paciente, se le ha registrado un portal del paciente a través de nuestra oficina. Recibirá un correo electrónico automático a la dirección que proporcionó hoy con un enlace a su Portal del paciente. Se le pedirá que cree un nombre de usuario, una contraseña y una pregunta de seguridad para acceder a ellos en el futuro. Los resúmenes de sus exámenes de la vista se cargarán en este Portal del Paciente, donde podrá ver, descargar y compartir los documentos a su conveniencia.