

All-Care Eye Clinic, PA

Informacion del Paciente

Nombre del Paciente _____

Paciente Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Raza/Etnicidad: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

Telefono de casa: (____) _____ - _____

Telefono de celular: (____) _____ - _____ Esta bien si mandamos Mensaje de Texto?

Corello Electronico: _____

Como le gustaria que nos comuniquemos con usted? _____

Contacto de Emergencia: _____

Tele: (____) _____ - _____

Empleador/Escuela: _____

Tele: (____) _____ - _____

Dirreccion: _____

Esta bien si lo contactamos? Si o No

Informacion de Pareja

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Seguro Social # _____ - _____ - _____

Trabajo: _____

Tele de Trabajo: (____) _____ - _____

Informacion del Guardia (Persona responsable de pago por balance personales)

Marque si la informacion es igual a la de arriba.

Nombre del Guardian: _____

SS# _____ - _____ - _____

Direccion: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

Trabajo _____

Telefono de casa: (____) _____ - _____

Tele de Trabajo: (____) _____ - _____

Relacion del guardian con el paciente: _____

Informacion de Aseguransa

Number de Seguro Medico: _____

ID#: _____

Nombre de Seguro de Vision: _____

ID#: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Informacion de Salud Visual y de Ojos

Nombre del Paciente _____

Cual es el principal proposito de la visita de hoy? Por favor marque la opcion apropiada.

Fecha: ____/____/____

- examinacion regular de salud visual/ojo
- Experimentando dificultades visuales. Describa: _____

Usted usa anteojos ahora?	Si	o	No	
Sies no, usted a usado anteojos prescritos?	Si	o	No	Cheque la siguiente si necesita mas informacion.
Usted usa lentes de contacto ahora?	Si	o	No	<input type="checkbox"/> lentes de contacto
Sies no, usted a usado lentes de contacto antes?	Si	o	No	<input type="checkbox"/> Correccion visual por laser

Describe si ha tenido problemas de ojo, o dano y cirugia antes _____

Usted ha usado gotas para el ojo con prescripcion o no / medicadas?	Si	o	No	Si asi es describa que clase:
Usted tiene historial de ojo lento?	Si	o	No	
Usted le molesta la luz brillante (sol, luz alta, etc)?	Si	o	No	
Quando fue su ultimo examen de los ojos? _____				Por quien? _____

Historial Medico

Especifique condicion

Tiene usted problemas en las siguientes areas? Especifique su condicion.

- Cardiovascular (alta presion, enfermedades del Corazon, alto colesterol) Si o No
- Pulmonares (astma, bronquitis, emfizema) Si o No
- Endocrinarias (diabetes, tiroides) Si o No
- Oidos, nariz, boca, garganta (alergias, problemas de sinusitis) Si o No
- Musculos, huesos, y coyunturas (artritis, lupus, osteoporosis) Si o No
- Piel (soriaces, cancer en la piel) Si o No
- Neurologico (dolor de cabezas, seizure, golpe) Si o No
- Gastrointestinal (ulceras, colitis) Si o No
- Genitales y organos urinarios (rinon, prostata) Si o No
- Hematologia (anemia, tendencia a sangrar) Si o No
- Siquiatra (ansiedad, depresion) Si o No

Describe los Medicamentos prescritos o no presciros y la dosis que toma: _____

Es usted alergico a cualquier Medicamento? Si o No Describa: _____

Nombre de medico de familia: _____ Farmacia: _____

Esta embarazada al momento de su cita Si o No

Historia Familiar

Ninuno de su familia ha tenido enfermedades de los ojos? Si o No
(glaucoma, degeneracion de retina, cequera nocturna, separacion de la retina, ojos cruzados, etc.)

Si es, si mencione el problema y la relacion que esa persona tiene con usted:

Mencione cualquier condicion medica corre en su familia: _____

Historia Social

Cual es su ocupacion? _____	Usted usa una computadora? Si o No
Describe sus actividades recreacionales: _____	Cuantas horas al dia? _____
Usted toma alcohol? Si o No	Usted usa tabaco? Si o No
Usted usa drogas ilegales? Si o No	Usted maneja? Si o No

I. Acuerdo Financiero

ACEC, presentará las reclamaciones con su proveedor primario de seguro por los servicios prestados a los pacientes con las organizaciones de atención médica administrada en que participamos. Copagos, deducibles, coseguro y servicios no cubiertos son responsabilidad del paciente y por pagar en el momento de los servicios. Los pacientes de seguridad médica se pasan la factura por cualquier responsabilidad paciente restante después de que las reclamaciones han sido tratadas por la compañía de seguros. Prueba de seguro no es una garantía de pago. Pacientes sin seguro o cubierto bajo un plan de seguro de que nosotros no estamos contratados, son responsables de todos los gastos incurridos en el momento de los servicios. En el caso de que el pago de un servicio realizado es negado por la compañía de seguros, el paciente es responsable del pago de todos los servicios. El paciente tiene la responsabilidad de actuar con la compañía de seguros como la política es un contrato legal entre el paciente y la compañía de seguros. También es la responsabilidad del paciente de ser consciente de ventajas del plan y su derecho de apelar reclamaciones. Los contratos de seguros son sujetos de cambiar. Los directorios del abastecedor producidos por proyectos de seguridad médica pueden no proporcionar la información más corriente en cuanto a la participación del plan y por lo tanto no son una garantía de la participación. Los pacientes deben verificar la participación del plan con nuestra oficina.

La tarifa máxima permitida por la ley se le cobrará por cheques devueltos. Se requerirá un pago para acceder a todas horas llamadas de teléfono que requieran asesoramiento médico, colocado después de horas regulares de oficina. Las cuentas se considera vencido 60 días a partir de la fecha en que un servicio se facturan.

Yo, _____, (**Nombre de Paciente/Padre**) liberación de solicitud de información de pago a ACEC por terceros pagadores cuando sea requerido por la coordinación de beneficios. Además, irrevocablemente asigno ningún beneficio disponible para mí a ACEC y autorizo el pago de esas prestaciones directamente a dicho proveedor.

Firma de Paciente/Padre: _____ **Fecha:** _____

II. Aceptación de Términos Financieros

Firmando este acuerdo, acepto las condiciones financieras notadas encima y certifico que la información contenida en esta forma es verdad y es correcta. Además, entiendo que es mi responsabilidad de presentar a ACEC la información de seguros válida en el momento de cada visita e informar que ACEC debería cualquier información sobre este cambio de la forma en cualquier momento del futuro. También asumo la responsabilidad financiera de cualquiera y todos los servicios de la asistencia médica proporcionados al paciente (s).

Firma de Paciente/Padre: _____ **Fecha:** _____

Aceptacion de Terminos Financieros

Firmando este acuerdo, acepto los terminos financieros mencionados arriba y certifico que la informacion dada es verdadera y correcta. Ademas entiendo que es mi responsabilidad de presentar a ACEC con informacion valida de seguro en cada visita y de informar a ACEC de cualquier cambio que haga en el futuro.

Autorizacion Para liberar Informacion de la salud Protejida

Yo, _____ por la presente autorizo a ACEC revelar y liberar las porciones pertinentes de mis hijos como los registros médicos de cada tratamiento a cualquier pagador de terceros (o su representante) o cualquier otro individuo puede ser necesario para obtener el pago por los servicios médicos para mi o mi hijo/hija, incluyendo para los propósitos de coordinación de beneficios y autorización previa. Autorizo también al medico a revelar la información otros a proveedores médicos o asistencia sanitaria que nos dena mi como a mis hijos. Finalmente autorizo al medico para que libere informacion necesaria para que otro medico puede realizar ciertas operaciones de asistencia sanitaria, tal como a un comité de la revision de la utilización a mi director del seguro del niño/nina como es requerido by la ley federal y también local. Yo entiendo que es parte del cuidado de mi salud, All-Care Eye Clinic, puede originar y mantener documentos y hasta records electrónicos describiendo mi historia de salud, síntomas, exámenes y resultados del examen, diagnosticos, tratamientos, y tratamiento. Yo entiendo que esta informacion sirve de:

- Lo básico para mi cuidado y tratamiento
- Significa la comunicacion entre todos los profesionales de la salud que contribuyan a mi cuidado
- Una fuente de informacion para ser aplicada a mi diagnostico y aplicarla a mi recibo
- Significa que terceros pagadores puede verificar que los servicios recibidos fueron actualmente provistos.

Entiendo que la informacion que autorizo puede ser revelada y puede contener las referencias y condiciones siguientes, drogas y abuso del alcohol, informacion de exámenes genéticos y a los resultados de pruebas específicas de laboratorio, inclusive del VIH o al diagnostico de SIDA.

Un resumen de sus derechos con respecto a usted y los registros médicos de su niño/nina que se describe en la Nota de Practicas Privadas que es proporcionada a usted.

Cuando la persona responsable de hacer decisiones medicas al niño/nina están representada en este registro medico, yo por la presente doy mi consentimiento al medico u otro empleado de salud de ACEC a rendir ambas emergencia o no emergencia de salud adentro o fuera de mi presencia y para realizar toda prueba de diagnostico necesaria. Yo también asumo la responsabilidad financiera por cualquier y todos los servicios proporcionados a dicho paciente.

Una forma separada de la autorización debe ser completada antes de liberar los registros al paciente/guardian u otros individuos o agencias. Estos pedidos en la orden de recibo. Nosotros no procesamos el pedido rutinario para copias de registro médicos ni la terminación de formas de salud en una base directa. Por favor estar alerta, hay un honorario asociado con la duplicación de registros médicos para pacientes que transfieran fuera de la clínica. Es ilegal negar o transferir los registros si tienen un pendiente, sin embargo los registros no pagados no pasados se pueden retener por la falta de pago de honorarios sin precedente medico

EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION DE SALUD

Yo entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar esta nota antes de firmar este consentimiento y
- El derecho de requerir restricciones de como mi informacion de salud puede ser usada y revelada para continuar con tratamiento o pagos.

Yo entiendo que All Care Eye Clinic no tiene que estar de acuerdo con las restricciones requeridas. Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito, menos a la extencion que la organizacion tiene que ya haya tomado medidas en la dependencia sobre eso.

Yo también entiendo que por rehusar firmar este consentimiento o revocar este consentimiento esta organizacion puede rehusar darme tratamiento como es permitido por Seccion 164.506 por las regulaciones del Codigo Federal.

Yo entiendo que hasta nuevo aviso la All Care Eye Clinic se reserva el derecho de cambiar esta noticia y practicas antes de implementer, en concordancia con la Seccion 164.520 por las regulaciones de código Federal. All Care Eye Clinic puede cambiar esta notificación, Ellos mandaran una copia de cualquier notificación revisada a la dirección que yo les dado (por correo regular o correo electrónico).

Por mi firma abajo, yo reconozco que he recibido la nota de ACEC de Practicas Privadas en o antes de cualquier servicio proporcionado para mi por ACEC. Si usted alguna pregunta contacte al (214)239-2176.

Ademas concuerdo con los términos descritos arriba de la liberación de informacion de salud. Yo concuerdo y al firmar voluntariamente esta forma y que la autoridad es valida solo para los propósitos descritos en el primer párrafo. Esta autorizacion es vigente hasta que sea revocada por el paciente/guardian legal.

Firma del Paciente/Padre _____ Fecha _____