

Día de la cita: _____
Fecha de la cita: _____
Hora de la cita: _____

Dr. Michael Guillory, MD
Dr. Craig King, MD
Dr. Jonathan Walgama, MD

¡Bienvenido a nuestra oficina!

Hay algunas cosas que nos gustaría pedirle para garantizar un proceso de registro y examen sin problemas durante su próxima cita.

Proceso de registro

1. Traiga una identificación con foto y una tarjeta (s) de seguro a su cita, esto es mutuamente beneficioso. Queremos estar seguros de que estamos brindando servicios al paciente correcto y que estamos presentando ante la compañía de seguros correcta a nombre.
2. Llene la media hoja adjunta de Demografía: esto nos permite actualizar cualquier información incorrecta que podamos tener en el archivo (números de teléfono antiguos, direcciones antiguas, empleadores antiguos, etc.).
3. Revise / llene nuestra Política de Refracción: es posible que no venga específicamente para una refracción, pero en el caso de que alguna vez desee que realicemos una refracción (o su médico lo considere necesario), mantendremos este reconocimiento en el archivo.
4. Revise / llene nuestro Reconocimiento de Revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad: proteger su información de salud es muy importante para nosotros y nos gustaría que supiera cómo se puede usar su información. Nuestro resumen de prácticas de privacidad se encuentra colgada sobre nuestra fuente de agua en el área de espera principal cerca del mostrador de recepción; por favor, revíselo a su llegada. Además, a su solicitud, puede obtener una copia impresa de nuestro Resumen de Prácticas de Privacidad.

Proceso de examen y preparación

1. Llene el papeleo del historial médico adjunto: esto nos ayuda a recopilar su información de salud. (cirugías, problemas de salud, etc.).
2. Traiga una lista de medicamentos y vitaminas actuales (recetados y / o de venta libre): esta es una parte crucial de su examen y registro.
3. Traiga sus anteojos actuales (recetados y / o de venta libre): esto nos permite registrar qué anteojos estaba usando en el momento del examen.
4. Si va a tener los ojos dilatados o si va a someterse a un procedimiento en el consultorio, le recomendamos que traiga a alguien con usted para que lo lleve a casa.

Información adicional:

1. **Si su seguro requiere una autorización para que brindemos servicios, es muy importante que se comunique con su médico de inmediato y pídale que lo envíe a nuestra oficina. *algunos pueden tardar de 10 a 14 días en procesarse***
Las citas no se programarán a menos que una autorización ya esté aprobada / en el archivo.
2. Todos los pagos (incluidos los copagos, deducibles y / o saldos anteriores) se deben pagar en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Si no tiene seguro o pagara "en efectivo", su pago se espera al momento de su llegada. Si no puede cumplir con esta obligación financiera, su cita actual y futura puede ser cancelada o reprogramada.
3. **Se requerirá un pago de \$50 para citas no cumplidas, reprogramadas o canceladas.**
Esta tarifa no se aplicará a ningún copago, coseguro o deducible.

¡Esperamos verte!

Por favor, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina para cualquier pregunta que pueda tener sobre su próxima cita.

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Razon por su exam/problema que esta teniendo: _____

Referido por Dr: _____ Ultimo Examen de ojos: _____ Por Dr: _____

Ha tenido alguno de estos problemas de los ojos? Cual ojo, tipo de tratamiento, cuando, por quien?

- Glaucoma Catarata Degeneracion Macular Ojo Vago|Bizco Desprendimiento de retina|retina rota
 Otra condicion _____

Gotas que usa ahora: cual ojo y su frecuencia:

Alguien en su familia a padecido de algun problema de sus ojos? Si | No

Quien: _____ Problema: _____ Quien: _____ Problema: _____

Enumere cualquier condicion ocular anterior u otra, cirugía, láser, tratamientos que haya tenido en el pasado y describa brevemente:

- Ojo: Derecho | Izquierdo _____
 Ojo: Derecho | Izquierdo _____

Enfermedades / condiciones médicas pasadas y actuales:

- Alta Presion Sanguinea | Presión arterial baja Endocarditis ACV (accidente cerebrovascular) Cuándo: _____
 Colesterol alto Tipo de diabetes: 1 | 2 ¿Toma insulina? Y | N Riñón | Enfermedad del Hígado Asma | COPD
 Artritis | Reumatoide Lupus Cáncer | Tipo: _____ Dolores de cabeza | Migrañas Próstata
 Trastorno de sangrado Alto tiroides | Bajo Esclerosis múltiple Miastenia Síndrome de Sjogren
 Apnea del sueño Corazón: Ataque / Válvula / Fallo / Prolapso de la válvula mitral / marcapasos Demencia
 Reflujo ácido

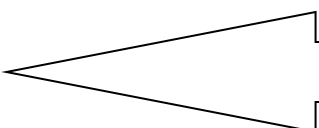
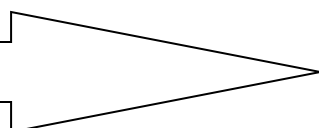
Orto: _____

En su familia inmediata, ¿alguien ha tenido [o tiene] alguna de estas condiciones de salud?

Quien: _____ Problema: _____

Quien: _____ Problema: _____

Haga una lista de **todas** las cirugías previas que haya tenido y su fecha aproximada:

 **Dé la vuelta a la página para completar el reverso** 

Firma: _____ Fecha: _____

Revisión de sistemas (marque todos los que correspondan):

Cardiovascular	COONG	Musculoesquelético	Respiratorio	Control de presión arterial
<input type="checkbox"/> Dolor De Pecho	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Buen control de BP
<input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Dolor articular	<input type="checkbox"/> Problemas para respirar	<input type="checkbox"/> Control fronterizo de BP
<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Dolores musculares	<input type="checkbox"/> Sibilancias	<input type="checkbox"/> Pobre control de BP
	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> rigidez		<input type="checkbox"/> Control de BP desconocido
	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Hinchazón		
Constitucional	Hematológico	Neurológico	Piel	Control de Diabetes
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Equilibrar problemas	<input type="checkbox"/> Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/> Buen control de la diabetes
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Moretones	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Control fronterizo de la diabetes
<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Nodos tiernos	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Lesiones de la piel	<input type="checkbox"/> Pobre control de la diabetes
<input type="checkbox"/> Debilidad		<input type="checkbox"/> Hormigueo		<input type="checkbox"/> Control desconocido de la diabetes
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso				
Genitourinario	Metabólico	Psiquiátrico	Alergia	¿Estas embarazada?
<input type="checkbox"/> Descarga genital	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> picazón	<input type="checkbox"/> 1er trimestre del embarazo
<input type="checkbox"/> Lesiones genitales	<input type="checkbox"/> Exceso de hambre	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Colmenas	<input type="checkbox"/> 2do trimestre del embarazo
<input type="checkbox"/> Urinación dolorosa	<input type="checkbox"/> Excesiva sed	<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Nariz crónica	<input type="checkbox"/> 3er trimestre del embarazo
<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Urination frecuente	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> No se aplica
	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Nerviosismo		

¿Fuma? Si | No - Año que dejo de fumar: _____ | Consume alcohol? Si | No - Cerveza | Ligor | Vino - Año que dejo de beber alcohol: _____ ¿Usa drogas? Si | No - Año que dejo las drogas: _____ | ¿Estás jubilado? Si | No - ¿Cuál es / era su ocupación/trabajo? _____ Aficiones: _____

Medications:

Nombre y ubicación de la farmacia local:

Nombre de doctor or doctora de atención primaria:

Alergia al látex? Si | No ¿Alergia a “curitas” o cinta de pegar? Si | No

¿Toma un anticoagulante? Si | No ¿Qué diluyente de la sangre usa? _____ ¿Toma aspirina? Si | No

¿Ha tomado Flomax (tamsulosina) en el pasado? Si | No ¿En qué año comenzó a tomar Flomax

(tamsulosina)?: _____

* Proporcione una lista de todos los medicamentos que toma; prescripción o sin receta; incluir el nombre, la dosis, la frecuencia, la vía de administración y si toma AM / PM * (por ejemplo, Aspirina 81 mg, una vez al día, por vía oral, AM)

Medicamentos a los que es alérgico/a: _____ Reacción a la medicación: _____

_____ Reacción a la medicación: _____

O:

no hay alergias a medicamentos conocidas

Michael B. Guillory, MD | Craig K. King, MD | Jonathan P. Walgama, MD

Título: Sr. | Señora | Señorita | Dr. Género: Masculino/Femenino

Nombre: _____ Apellido: _____

Segundo Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____ - _____ - _____

Raza: indio americano o nativo de Alaska asiático negro

nativo de Hawái o de las islas del Pacífico blanco otro

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono celular#: _____ (sera primario)

Teléfono alternativo#: _____ (sera secundario)

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del contacto de emergencia:

La relación de esa persona con usted: cónyuge o
Otra cosa:

Nombre del empleador:

Teléfono del empleador:

Médico de Atención Primaria:

Quién le recomendó nuestra oficina: Otro paciente |
Optometrista | Otro Doctor | Aseguranza | Otra
cosa: _____

Entiendo que se espera un pago en el momento del servicio, excepto cuando no hay responsabilidad del paciente. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información relevante necesaria para procesar reclamos de seguros en mi nombre. Autorizo el pago de beneficios médicos a cualquiera de los proveedores mencionados anteriormente.

Firmado: _____ Fecha: _____

NO MEDIMOS PARA LENTES DE CONTACTO

PÓLIZA DE REFRACCIÓN

Una de las partes más importantes de un examen ocular es la refracción. Esta es la parte del examen mediante la cual determinamos si usted puede recibir ayuda de alguna manera con una nueva receta de anteojos. Esta prueba también es cómo determinamos la mejor agudeza visual y función de su ojo, lo cual es información médica esencial para nosotros cuando evaluamos sus ojos y buscamos problemas. **NO es un servicio cubierto por Medicare y / o la mayoría de los planes de seguro. Estos planes consideran la refracción un servicio de "visión", no un servicio "médico". Nuestra tarifa de oficina por refracción es de \$ 35.00. Esta tarifa se cobra al momento del servicio, además de cualquier copago, coseguro o deducible que pueda requerir su plan de seguro. En caso de que su plan de seguro nos pague por la refracción, le reembolsaremos en consecuencia.**

Reconozco que he leído la información anterior y entiendo que la refracción es un servicio no cubierto. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo del servicio y entiendo que se debe al momento del servicio. Entiendo que cualquier copago, coseguro o deducible que pueda tener está separado y no incluido en la tarifa de refracción.

Firma del paciente o representante / guardian legal del paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante / guardian legal del paciente

Revisión de aviso de las Prácticas de Privacidad

Para su revisión, se encuentra una copia de este Aviso sobre la fuente de agua en el área de recepción.

Nuestro Aviso de Políticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI). Al firmar este recibo, usted reconoce que ha revisado [o se le ha dado la oportunidad de revisar] nuestro aviso de prácticas de privacidad. Según lo dispuesto en nuestro aviso, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Puede obtener una copia actual o revisada de este aviso contactando al Gerente de la Oficina.

Además, autorizo al Dr. Michael Guillory, al Dr. Craig King y / o al personal / oficina del Dr. Jonathan Walgama (d / b / a Longview Ophthalmology Associates) para que divulguen mi PHI a las siguientes personas o empresas.:

Nombre	Relación hacia el paciente	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del paciente o representante / guardian legal del paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante / guardian legal del paciente