



Sr. Sra. Srta.

Femenino

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino

Nombre de los Padres (Si el paciente es menor de edad): _____ Si es estudiante, qué grado: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____ Tipo Celular Casa Teléfono de Trabajo: _____

Número de teléfono de emergencia: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ ¿Ha tenido un examen de los ojos en esta oficina anteriormente? Sí No

¿Cuál es la razón para buscar cuidado de la visión en este momento? _____

Relación del paciente al asegurado: Si Mismo Cónyuge Dependiente Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Nombre del asegurado: _____ Empleador del asegurado: _____

Identificación de asegurado: _____ Nombre del Plan de Seguro: _____ Número de auth: _____

Por favor, marque esta casilla si no ha habido cambios en su historial médico y ocular desde su última visita en esta oficina.

Considera su salud: Buena Mas o menos Mal

Problemas con los ojos

(Marque cada uno que ha tenido)

- Ninguno, examen de rutina
- Comezón de ojos
- Visión borrosa de distancia
- Sensibilidad a luz
- Visión borrosa de cerca
- Ojos rojos
- Ardor en los ojos
- Relámpagos de luz
- Dificultad con actividades como leyendo, costura, etc.
- Manchas visuales
- Pérdida temporal de visión
- Doble visión
- Visión variable
- Ojos secos
- Ojos llorosos
- Ojos cansados
- Ojos llorosos
- Dolor de cabeza
- Otro

Historial Médico del Paciente

(Marque cada uno que ha tenido)

- Ninguno
- Fiebre de heno
- Alergia
- Condición del corazón
- Asma
- Alta presión
- Desmayos
- Ojos dormidos/débil
- Ceguera
- Dolor de cabeza/migrañas
- Cáncer
- Degeneración macular
- Cataratas
- Problemas detectando colores
- Colesterol alto
- Condición de la piel
- Diabetes
- Condición de la tiroides
- Glaucoma
- Tuberculosis
- Sensibilidad a Medicamentos
- Ojo volteado
- Otro

Historial Médico de la Familia

(Marque cada uno que alguien en su familia ha tenido)

- Ninguno
- Fiebre de heno
- Alergia
- Condición del corazón
- Asma
- Alta presión
- Desmayos
- Ojos dormidos/débil
- Ceguera
- Dolor de cabeza/migrañas
- Cáncer
- Degeneración macular
- Cataratas
- Problemas detectando colores
- Colesterol alto
- Condición de la piel
- Diabetes
- Condición de la tiroides
- Glaucoma
- Tuberculosis
- Sensibilidad a Medicamentos
- Ojo volteado
- Otro

¿Cuándo fue su último examen de los ojos? _____ ¿Cuál es el nombre de su oculista anterior? _____

¿Ha sufrido de una enfermedad de la visión, lesión de los ojos, o cirugía de los ojos? Sí No

Si anota sí, por favor explique: _____

¿Usa lentes de contacto? Sí No

Si anota sí, ¿de qué tipo? Duro Blando Desechables

¿Cuándo fue su última visita con el médico? _____ ¿Cuál es el nombre de su médico? _____

Para mujeres: ¿Está embarazada? Sí No ¿Está dando pecho? Sí No

¿Usted fuma, bebe alcohol, o usa drogas recreativas? Sí No

Si anota sí, por favor explique: _____

¿Está tomando medicinas o medicamentos actualmente? Sí No

Si anota sí, ¿cuáles son? _____

¿Tiene alergias a algún medicamento? Sí No

Si anota sí, ¿cuáles son? _____

Firma: _____ Fecha: _____

¿Disminución de la dilatación de los ojos?

Yo, _____, he sido informado de la necesidad de un examen dilatado de mis ojos. Se me ha explicado y entiendo que puede existir una afección con el potencial de pérdida parcial o total de la visión y que sin dilatación puede pasar desapercibida.

Siendo informado de lo anterior, por la presente me niego a que me dilaten los ojos.

Firma del doctor

Firma del paciente

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento del Paciente

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica escrito en un lenguaje sencillo. El Aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información médica protegida que puede realizar esta práctica, mis derechos individuales y las obligaciones legales de la práctica con respecto a mi información médica protegida. El Aviso incluye:

- Una declaración de que esta práctica es requerida por ley para mantener la privacidad de la información de salud protegida.
- Una declaración de que esta práctica debe cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor.
- Tipos de usos y divulgaciones que esta práctica puede realizar para cada uno de los siguientes propósitos: Tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Una descripción de cada uno de los otros propósitos para los cuales esta práctica está permitida o requerida para usar o divulgar información médica protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- Una descripción de los usos y divulgaciones que están prohibidos o limitados materialmente por la ley
- Una descripción de otros usos y divulgaciones que se realizarán únicamente con mi autorización por escrito y que puedo revocar dicha autorización.
- Mis derechos individuales con respecto a la información médica protegida y una breve descripción de cómo puedo ejercer estos derechos en relación con:
 - El derecho a presentar una queja ante esta práctica y ante el Secretario del HHS si creo que se han violado mis derechos de privacidad y que no se utilizarán acciones de represalia en mi contra en caso de dicha queja.
 - El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de mi información médica protegida y que esta práctica no está obligada a aceptar una restricción solicitada.
 - El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida.
 - El derecho a inspeccionar y copiar información médica protegida.
 - El derecho a enmendar la información médica protegida.
 - El derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de información médica protegida.
 - El derecho a obtener una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica a pedido.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer efectivas nuevas disposiciones para toda la información médica protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener el Aviso de prácticas de privacidad actual de esta práctica si lo solicito.

Paciente: Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente (si la firma un representante personal del paciente): _____

Política de pago:

Por la presente asigno todos los beneficios médicos, que incluyen todos los beneficios médicos importantes a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud a San Diego Eye Clinic. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Si mi compañía de seguros no ha reembolsado a San Diego Eye Clinic dentro de los 60 días, es posible que se me facture por cualquier servicio o producto que haya recibido. Certifico que mis respuestas en este formulario son precisas a mi leal saber y entender. Certifico que entiendo que no se permiten cancelaciones de anteojos, ya que todos los anteojos están hechos a medida para cada paciente con su receta única. Certifico que entiendo que no hay reembolsos ni cambios y que todas las ventas son definitivas a menos que estén cubiertas por la garantía del fabricante o los programas de garantía de la oficina.

Firma: _____ **Fecha:** _____