

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: _____
Empleador/Escuela: _____
Dirreccion: _____

Informacion de Pareja

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Seguro Social # ____-____-_____
Trabajo: _____
Tele de Trobajo: (____)____-_____

Tele: (____)____-_____
Tele: (____)____-_____
Esta bien si lo contactamos? Si o No

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

Marque si la informacion es igual a la de arriba.

Nombre del Guardian: _____
Direccion: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____
Telefono de casa: (____)____-_____
Relacion del guardian con el paciente: _____

SS# ____-____-_____
Fecha de nacimiento: ____/____/____
Trabajo _____
Tele de Trabajo: (____)____-_____

Informacion de Aseguransa

Nombre 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 chequear la caya 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
Usted usa lentes de contacto ahora? Si o No
Sies no, usted a usado lentes de contacto antes? Si o No

Cheque la siguiente si necesita mas informacion.
 lentes de contacto
 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
Cuando fue su ultimo examen de los ojos? _____ Por quien? _____

Historial Medico

Especifique condicion

Tiene usted problemas en las siguientes areas? Si es asi, diga que condiciones.

- Cardiovascular (alta presion, enfermedades del Corazon, alto colesterol) Si o No
- Pulmonares (asma, 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 maneja? Si o No
Usted usa drogas ilegales? Si o No

EL ACUERDO FINANCIERO y POLIZAS PRIVADAS

ALL-CARE EYE CLINIC (ACEC) Archiva el seguro primario para servicios proporcionados a pacientes con organizaciones manejadas por cuidado en que participamos. Co-pagos y Co-seguro no son cubiertos por su seguro y deducibles son la responsabilidad del paciente al tiempo del servicio. Los pacientes son responsables por balances no pagados por su compañía de seguro después que su reclamo a sido procesado . Prueba de su aseguranza no es garantía de cobertura completa. Pacientes sin seguro o cualquier otro plan de salud del cual nosotros no somos proveedores son responsables financieramente por todos los cobros incurridos al tiempo del servicio. En el caso de que un servicio realizado es negado erroneamente por la compañía de seguro, es responsabilidad del paciente buscar acción con la compañía del seguro. La póliza de seguro es contrato legal entre el paciente y la compañía de seguro. También es responsabilidad del paciente de estar alerta al plan de beneficios y el derecho de apelar el reclamo, contratos de seguro están sujetos a cambio. Directorio de proveedores producidos por el plan de manejo de cuidado no pueden proporcionar información actualizadas con respecto a la participación del plan y por lo tanto no son una garantía de nuestra participación. Los pacientes deben verificar el plan y la participación con nuestra clínica.

El honorario máximo permitido por la ley será cargado a cualquier cheque rechazado. Un honorario será cargado a todo después de las llamadas telefónicas que requiere el consejo médico, llamadas hechas después de horas regulares de la clínica. Las cuentas serán consideradas pasadas después de los 60 días del servicio. Solicito la liberación de información de pago a All-Care Eye Clinic por pagadores terceros cuando requieren coordinación de beneficios. Yo asigno irrevocablemente cualquier beneficio disponible a mi por ACEC y autorizo el pago de esos servicios directamente a este proveedor.

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.

La firma del padre o guardián legal: _____ **Fecha:** _____

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 médico a revelar la información otros a proveedores médicos o asistencia sanitaria que nos den a mi como a mis hijos . Finalmente autorizo al Médico para que libere información necesaria para que otro Médico puede realizar ciertas operaciones de asistencia sanitaria, tal como a un comité de la revisión 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, diagnósticos, tratamientos, y cualquier plan para cuidado futuro y tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve de:

- Lo básico para planificar mi cuidado y tratamiento
- Significa la comunicación entre todos los profesionales de la salud que contribuyan a Mi cuidado
- Una fuente de información para ser aplicada a mi diagnóstico y aplicarla a mi recibo
- Significa que terceros pagadores puede verificar que los servicios rendidos fueron Actualmente provistos.

Entiendo que la información que autorizo puede ser revelada y puede contener las referencias y condiciones siquiatras, drogas y abuso del alcohol, información de exámenes genéticos y a los resultados de pruebas específicas de laboratorio, inclusive del VIH o al diagnóstico 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 Prácticas Privadas que es proporcionada a usted.

Cuando la persona responsable de hacer decisiones medicas al nino/nina estan representadas 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 fisica y para realizar toda prueba de diagnostico necesaria. Yo tambien asumo la responsabilidad financiera por cualquier y todos los servicios proporcionados a dicho paciente. Una forma separada de la autorizacion debe ser completada antes de liberar los registros al paciente/guardian u otros individuos o agencias. Estos pedidos se procesan en la orden de recibo. Nosotros no procesamos el pedido rutinario para copias de registro medicos ni la terminacion de formas de salud en una base directa. Por favor estar alerta, hay un honorario asociado con la duplicacion de registros medicos para pacientes que transfieran fuera de la clinica. Es ilegal negar o tranferir los registros si tienen un saldo pendientes, sin embargo los registros no pagados o 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 Clinica 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 tambien 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 delCodigo Federal.

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

Yo deseo que estas siguientes restricciones puede ser usadas o reveladas por la informacion de salud (Si no hay ninguna deje en blanco):

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 tiene alguna pregunta contacte al (214)239-2176. Ademas concuerdo con los terminos descritos arriba de la liberacion de informacion de salud. Yo concuerdo y al firmar voluntariamente esta forma y que la autoridad es valida solo para los propositos descritos en el primer parrafo. Esta autorizacion es vigente hasta que sea revocada por el paciente/guardian legal.

Firma del Padre/Guardian legal: _____

Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Consentimiento recibido por _____

Fecha _____

Consentimiento rehusado por patient y tratamiento rehusado es permitido

Consentimiento agregado al registro medico del paciente en _____