

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

Number de Seguro Medico: _____ ID#: _____
Nombre de Seguro de Vision: _____ ID#: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

**All-Care Clinic
Optometrista**

Informacion del Paciente Nino

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____/____/_____
 Nombre de la madre: _____ Telefono(____)_____
 Nombre del padre: _____ Telefono(____)_____
 Nombre de la escuela _____ Grado:_____ Maestro _____

Razon para el examen () vision annual-examne de los ojos ()examen de entrada a Kindergarden
 (cheque una() dificultad para ver- Explique ()dificultad de aprendizaje-Explique _____

Fecha de su ultimo examen de ojos _____ Doctor: _____

Resultados del examen: _____

Cheque la columna apropiada por cada sintoma	seguido	Alguna ves	nunca
Dificultad de ver cosas distantes			
Vision-borrosa, fatiga cuando lee o hace examen			
Detiene material muy cerca cuando lee			
Dolores de cabeza, si asi es cuando ocurre			
Seguido perdie palabras o pierde lugar cuando lee			
Los ojos parecen cruzarse o caer			
Levanta la cabeza para un lado o cierra un ojo cuando lee			
Ojos rojos, pican,o son incorfortables			
Se golpea con objetos/Coordinacion general pobre			
Otros. (especifique)			

Historial Medico

Describe cualquier condicion de salud presente o seria pasada: ninguna Si: _____

Medicamentos diarios No Si (Describe) _____

Alergias a medicamentos No Si (Describe) _____ Alergia ambiental o de comida: No Si (Describe) _____

Nombre del Medico del paciente: _____ Ultimo examen medico _____

Historial de salud/ojos familiar

Condicion			Relacion con el paciente
Glaucoma	Si	No	
Amblyopia (ojo lento o cruzado)	Si	No	
Ceguera (razon)	Si	No	
Diabetes	Si	No	
Otros:			

Historial del desarrollo mental del paciente

Embarazo completo	Si	No	Si es no cuantas semanas prematuro	Cuanto peso al nacer
Complicaciones antes y despues del nacimiento	Si	No	A que edad el nino gateo	Meses Camino Meses

Historial Escolar

La edad cuando el nino comenzo la pre-escuela	El nino ha repetido algun grado	Si	No	Cual Grado
La edad cuando el nino comenzo el kinder	La tarea de excuela	average alto	medio	bajo average
Clases que son faciles para el nino	Dificiles			
Deportes y actividades en las cuales su nino participa				
Deme una corta descripcion de la personalidad del nino				

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 mí por ACEC y autorizo el pago de esos servicios directamente a este proveedor.

ACEPTACION DE TERMINOS FINANCIEROS

Firmando este acuerdo, acepto los términos financieros mencionados arriba y certifico que la información dada es verdadera y correcta. Además entiendo que es mi responsabilidad de presentar a ACEC con información válida 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 mí 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 mí 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 mí 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 transferir 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 implementer, 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 reconosco 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 pacient y tratamiento rehusado es permitido

Consentimiento agregado al registro medico del paciente en _____