



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Numero de Telefono (_____) _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Estado Civil _____
Celular (_____) _____ Seguro Social # _____ Masculino Femenino
Telefono del Trabajo (_____) _____ Correo Electronico _____
Empleador _____ Ocupacion _____
Lista de sus pasatiempos o actividades que requieren necesidades visuales especiales: _____
Contacto de Emergencia: _____ **Telefono** _____ **Relacion** _____

COMO FUE REFERIDO A NUESTRA OFICINA?

Circule Uno: Mi Docor del Ojo Doctor Primario Relativo/Amigo Internet/Aviso Otro _____
Nombre _____ Relacion _____
¿Quién es su optometrista? _____ **Telefono** _____ **Ciudad** _____
¿Quien es su doctor primario? _____ **Telefono** _____
¿Alguna vez su oftalmólogo ha discutido con usted la corrección de la visión con láser? Si No

RECONOCIMIENTO DE DILACIÓN

Entiendo que se pueden usar gotas dilatantes en mi examen y pueden nublar mi visión, lo que hace que sea peligroso conducir. No intentaré conducir hasta que esté seguro de que el efecto del medicamento haya desaparecido. El efecto de las gotas puede durar una hora o más.

Firma _____ Fecha _____

INFORMACIÓN MÉDICA / DE SEGURO DE VISIÓN (Adjunte copia de tarjetas)

Compañía de Seguro Medico: _____ Nombre del Titular de Poliza: _____
Fecha de Nacimiento de Titular de Poliza: _____ Sexo: _____ Relacion al Titular de Poliza: _____
ID de Aseguranza #: _____ Grupo #: _____

Entiendo que soy financieramente responsable ante el médico por los cargos incurridos a menos que se hayan hecho arreglos previos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

A MI (S) PORTADORA (S) DE SEGUROS:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi (s) reclamo (s) de seguro. Autorizo y solicito el pago de beneficios médicos directamente a COASTAL VISION MEDICAL GROUP. Acepto que esta autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que yo revoque dicha autorización. Acepto que se pueda usar una fotocopia de este formulario o en lugar del original.

Firma (Paciente o representante) _____ Fecha _____

Firma (Persona asegurada que no sea el paciente) _____ Fecha _____

POLITICA DE PAGO

Política Basica:

El pago del servicio se debe en su totalidad en el momento en que el servicio se proporciona en nuestra oficina.

Para Pacientes con Seguro:

Le facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros si nos proporciona la documentación adecuada. También le facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros secundarias. Los copagos y deducibles se deben al momento del servicio. Dado que su acuerdo con su seguro es privado, no investigamos rutinariamente por qué una compañía de seguros no ha pagado o por qué ha pagado menos de lo que ha participado por la atención. Si una compañía de seguros no ha pagado dentro de los 60 días posteriores a la facturación, usted debe pagar los honorarios profesionales en su totalidad.

Por la presente certifico que soy un miembro elegible de un plan de salud contratado como se indica en la página 1. Estoy de acuerdo, en caso de que se determine que no soy elegible o que se me nieguen los servicios según el plan de salud, que seré responsable del pago a: **COASTAL VISION MEDICAL GROUP**

Servicios no-cubiertos:

Cualquier atención no pagada por su cobertura de seguro existente requerirá el pago completo en el momento en que se brindan los servicios o con un aviso de denegación de reclamo de seguro.

Reconozco que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. Soy responsable de los coseguros, copagos y / o deducibles requeridos por mi seguro. Si **COASTAL VISION MEDICAL GROUP** no está contratado con mi seguro, entiendo que soy responsable de la tarifa del examen y de todas las pruebas de diagnóstico y / o procedimientos realizados. El cirujano puede recomendar artículos adicionales no cubiertos. Estos artículos se consideran optativos y yo soy financieramente responsable. Al firmar a continuación, reconozco mi responsabilidad financiera por los servicios prestados.

Asignaciones de Beneficios de Seguros:

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos, a los que tengo derecho, seguro privado, a Coastal Vision Medical Group, Inc. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de la tarea debe considerarse tan válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.

¿Has alcanzado tu deducible para el año calendario?

Si

No

No Estoy Seguro(a)

He leído, entendido y acepto la política financiera anterior para el pago de honorarios profesionales. El paciente es responsable de todos los honorarios profesionales.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Fecha: _____

Doctor Referente: _____ Ciudad: _____ Fecha del Ultimo Examen Ocular: _____

Queja principal: _____

Historia de la Enfermedad Presente: _____

Dificultades de los Ojos Corriente

¿Actualmente tiene algún problema en las siguientes áreas? En caso afirmativo, proporcione la información:

	Si	No	Cual Ojo? (Derecho, Izquierdo, Ambos)	Gravedad (Leve, Moderado, Severo)
Vision Borrosa				
Fluctuacion de la Vision				
Vision Distorsionada (Halos/Flotadores)				
Deslumbramiento o Sensibilidad a la Luz				
Perdida de Vision Lateral				
Vision Doble (Horizontal or Vertical)				
Sequedad				
Descarga Mucosa				
Enrojecimiento				
Sensacion Arenosa				
Comezon				
Ardiente				
Sensacion de Cuerpo Extraño				
Exceso de Lagrimiento o Lloroso				
Dolor/Dolorido en los Ojos				
Infeccion de Ojo o Parpado				
Ojos Cansados				
Ojos cruzados u Ojo Vago				
Parpado Caído				

¿Usted maneja? Si No

¿Tiene dificultad visual al conducir? Si No

¿Tiene problemas con la vision nocturna? Si No

¿Alguna vez has tratado de usar lentes de contacto? Si No

Si es asi, ¿Cuanto tiempo llevas lentes de contacto? _____

¿Actualmente usa anteojos? Si No

Si es asi, ¿cuanto tiempo hace que tiene la corriente prescripcion ocular? _____

Historial Medica General

	Si	No	Detalles
General/ Constitucional (Calentura, Perdida de Peso, etc.)			
Oído, Nariz, Garganta (Congestion nasal, Dolor de Oído, Toz, Boca Seca, etc.)			
Cardiovascular (Alta Presion, Pulso Acelerado, etc.)			
Respiratorio (Congestion, Sibilancia, etc.)			
Gastrointestinal (Upset Stomach, Diarrhea, Constipation, etc.)			
Genital, Riñon, Vesicula (Dolor al Orinar, Orinar Frecuente, Impotencia, etc.)			
Musculos, Huesos, Articulaciones (Dolor de Articulacion, Rigidez, Hinchazon, Calambres, etc.)			
Piel (Granos, Verrugas, Crecimientos, Salpullido, etc.)			
Neurologico (Entumecimiento, Dolor de cabeza etc.)			
Psiquiatrico (Ansiedad, Depresion, Insomnio etc.)			
Endocrino (Diabetes, Hipotiroideo, etc.)			
Sangre/Linfa (Colesterolemia, Anemia, etc.)			
Alergia/Inmunologia (Estornudos, Ginchazon, Enrojecimiento, Picazon, Ronchas, etc.)			

Nombra enfermedades majores (Glaucoma, Diabetes, Alta Presion, Infartos, etc.) o lesiones (conmocion, etc.): _____

Cirugias que haiga tenido (Catarata, Amigdalectomia, Apendectomia) y en que año: _____

¿Alguna vez ha tenido una tranfision de sangre? Si No

Historia Familiar

	Si	No	Relacion M= Madre P= Padre Ho= Hermano Ha= Hermana Aa=Abuela Ao=Abuelo
Artritis			
Ceguera			
Cancer			
Diabetes			
Glaucoma			
Efermedad Cardiaca o Presion Arterial Alta			
Enfermedad de Riñones			
Lupus			
Derrame Cerebral			
Enfermidad de Tiroides			
Otro			

EHR Formulario de Datos del Paciente

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza:

- Blanco Latino Negro o Afroamericano Asiatico Otra Raza
 No reportado/Niega

Etnicidad:

- No Hispano or Latino Hispano or Latino No reportado/Niega

Idioma Preferido:

- Ingles Español Vietnamita Chino No reportado/Niega

Alergias a cualquier Medicamento:

- Ninguna

Lista de Medicamento Actuales (Receta y Sin Receta):

- Ninguna

¿Usted fuma?:

- Nunca Fume Ex Fumador Fumador Actual todos los dias Fumador Actual algunos dias
 ½ paquete/dia 1 paquete/dia 1+ paquete/dia

¿Usted toma alcohol?

- Si No
 Ocasional 1 por dia 2-3 por dia 4+ por dia

Farmacia del Paciente

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Numero de Telefono: _____

Firma del Paciente: _____

AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Las regulaciones de la HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico) requieren que le proporcionemos a usted, al paciente o al representante personal, una copia de nuestro Aviso de Práctica de Privacidad y que usted firme como acuse de recibo de este folleto.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

¿Cómo podemos comunicarnos con usted y proporcionarle la privacidad y seguridad que necesita mientras protegemos su salud y su información personal?

Por favor marque todos los que apliquen:

_____ Telefono y/o mensaje a su contestador automatico

_____ Telefono y/o mensaje a otra persona

(Nombre: _____ Telefono: _____)

_____ Correo o Correo Electronico: _____

_____ Contactarte en el Trabajo. (Por favor dar el numero de telefono _____)

_____ Cuidador(a) designado, tutor legal o pariente.

(Nombre: _____ Telefono: _____)