



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 en lugar del original.

Firma (Paciente o representante) _____ Fecha _____

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

CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE CIRUGIA REFRACTIVA

Esta información es estrictamente confidencial. Las respuestas ayudarán a determinar si usted es un candidato adecuado. Ciertos problemas de salud pueden indicar posibles problemas con la curación. Por favor, explique todas las respuestas de "sí".

HISTORIAL MEDICO:

1. ¿Es alérgico a algún medicamento? Si No
En caso afirmativo, indique: _____
2. ¿Alguna vez ha tomado o está tomando Imitrex, Accutane o Cordarone? Si No
En caso afirmativo, circule: _____
3. ¿Toma algún medicamento regularmente, incluido el control de la natalidad? Si No
En caso afirmativo, indique: _____
4. ¿Estás planeando un embarazo dentro del próximo año? ¿Estás amamantando? Si No
5. ¿Tienes un marcapasos? Si No
6. Tienes algún historial de:

<input type="checkbox"/> Asma / Eczema	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune (Enfermedad de Crohn, Lupus, Artritis Reumatoide, Etc.)	<input type="checkbox"/> Hepatitis	
<input type="checkbox"/> Hipertension	<input type="checkbox"/> VIH/ SIDA	<input type="checkbox"/> Rosacea
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

HISTORIAL DE OJOS:

1. ¿Cuántos años tenía cuando comenzó a usar anteojos? _____
2. ¿Algunos trastornos oculares?

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desgarro o desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Catarata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Erosion corneal recurrente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Queratocono	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cualquier distrofia o degeneracion ocular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cualquier infeccion de herpes en el ojo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, explique: _____

HISTORIAL DE LENTES DE CONTACTO:

1. ¿En qué año comenzó a usar lentes de contacto? _____ ¿Que tipo? _____
2. ¿Que tipo usas ahora? _____ ¿Por cuantas horas al dia? _____
3. ¿Cuándo usaste tus contactos por última vez? _____
4. ¿Algun historial de infecciones con lentes de contacto? _____ Ulceras corneales? _____
5. Por favor verifique el tipo de lentes de contacto:

<input type="checkbox"/> Uso diario suave	<input type="checkbox"/> Uso prolongado suave	<input type="checkbox"/> Contactos duros
<input type="checkbox"/> Contactos toricas suave	<input type="checkbox"/> Contactos desechables	<input type="checkbox"/> Gas rigido permeable

RAZONES PARA QUERER LA CIRUJIA REFRACTIVA: (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Requerimiento de Trabajo | <input type="checkbox"/> No puede usar contactos | <input type="checkbox"/> Recreational activity (swimming, skiing, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Cosmetico (Odio mis lentes) | <input type="checkbox"/> Habilidad funcional mejorada | <input type="checkbox"/> Simplemente harto |
| <input type="checkbox"/> Reducir la dependencia de anteojos/lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Otro | |

1. ¿Qué preocupaciones tiene sobre la corrección de la visión con láser? _____
2. ¿Cuándo estaría interesado en la correccion de la vision con laser si se lo considera un candidato? _____



AUTOEVALUACION PRE-OPERATORIA (CON CORRECCION)

Califique lo siguiente para cada ojo:

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

Ausente Leve Moderado Severo

Ausente Leve Moderado Severo

a. Sensibilidad a la Luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ardiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sensacion Arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Destello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Vision Borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Imagenes Fantasmica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Fluctuacion de la Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dificultad de Conducir en la Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros problemas: _____

Comentarios: _____

FARMACIA DEL PACIENTE

Nombre: _____

Direccion/Cruce de calles: _____

Ciudad: _____ Numero de Telefono: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

POLITICA DE PAGO

Politica 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 del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

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: _____)