

BIENVENIDOS A LA OFICINA

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE	INFORMACIÓN DEL SEGURO
<p>Nombre _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ SSN #: _____ - _____ - _____ Ocupación: _____ Teléfono celular _____ - _____ - _____ Teléfono otros _____ - _____ - _____ Email: _____ Motivo de visita: (marque todas las que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Examen para gafas <input type="checkbox"/> Examen para lentes de contacto <input type="checkbox"/> Consulta para LASIK <input type="checkbox"/> Emergencia (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>¿Cómo se enteró de nosotros?...</p> <p><input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Mailer/folleto <input type="checkbox"/> Google/Yelp/Facebook <input type="checkbox"/> Conducir por Plaza <input type="checkbox"/> Referencia _____</p>	<p>Seguro visión _____ Nombre del suscriptor _____ Suscriptor ID # _____ Suscriptor SSN # _____ - _____ - _____ Fecha nacimiento del Suscriptor ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;"><u>Seguro médico cubrirá los exámenes de la vista en muchos casos. Ingrese la información siguiente para poder determinar su cobertura.</u></p> <p>Seguro médico _____ Nombre del suscriptor _____ Suscriptor ID # _____ Suscriptor SSN # _____ - _____ - _____ Fecha nacimiento del Suscriptor ____ / ____ / ____</p> <p>Cómo resolverá su cuenta hoy en día?</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito/débito <input type="checkbox"/> Finanzas/CareCredit</p> <p style="text-align: center;">(no cheques personales)</p>
CONSENTIMIENTO A LA DILATACION	RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD DE HIPAA
<p>Un examen dilatado es la porción del examen que evalúa las estructuras y la anatomía dentro del ojo para condiciones como glaucoma, cataratas, degeneración macular, enfermedad ocular diabética y desprendimientos de retina. Esto se logra utilizando una serie de gotas oculares. Los efectos secundarios comunes incluyen visión borrosa durante varias horas, sensibilidad a la luz y enrojecimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí-Entiendo el propósito de la dilatación y acepto que se realice.</p> <p><input type="checkbox"/> Cámara- Preferiría una fotografía central de la retina en lugar de la dilatación. Reconozco que la cámara puede proporcionar pruebas limitadas en comparación con el examen dilatado. Es posible que esta opción no esté disponible para todos los pacientes. Como prueba electiva, el paciente será responsable de todos los copagos.</p> <p><input type="checkbox"/> NO- Me entender el propósito de la dilatación, pero elija Ni dilatar Ni Quiero una fotografía de retina. (Puede volver para otra cita) <i>La ley de la Florida requiere un examen de ojo dilatado en la visita inicial a menos que sea disminuido por el paciente. Si se declina, PT libera Greenlake Eyecare de cualquier responsabilidad por posibles trastornos oculares que pueden no ser detectados sin ser examinados.</i></p>	<p>Bajo la ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPAA) y Health Insurance Portability, estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida.</p> <p>Estamos obligados a acatar los términos del aviso actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento y hacer efectiva la nueva disposición de aviso para todos protegidos información médica que mantenemos. En caso de que hacemos una revisión del material al término de nuestro aviso, usted recibirá un aviso revisado. Si tuviera alguna pregunta, por favor comuníquese con nuestro oficial de privacidad al 561.220.6272</p> <p>Estoy en la recepción del aviso de prácticas de privacidad de Aronson Optometría, PA DBA Greenlake Eyecare.</p> <p>_____/_____/_____ Firma Fecha</p>

ASIGNACIÓN y LIBERACION (firme a continuación para permitirnos presentar su seguro)

Medicare y la mayoría de seguros médica no pagan para que exámenes de visión o refracciones (para determinar la prescripción de gafas). Si una refracción es necesario o requerido durante el examen, estos seguros a desautorizar, indicando que es un servicio no cubierto. Por lo tanto, el paciente será responsable de la refracción. El cargo de refracción es \$45. Si por casualidad el seguro paga, consolidaremos el dinero a usted. La práctica de establecer montos de deducible y coseguro es ilegal. Entiendo que soy responsable por estos pagos. El abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro con las compañías mencionadas arriba y asigna directamente a GreenLake Eyecare beneficia a todos los seguros, si los hay, lo contrario a pagar a mí por los servicios prestados. Entiendo que mi contrato de seguro es entre yo y mi seguro, no Aronson Optometría, PA DBA Greenlake Eyecare, y soy responsable por todos los cargos pagados por mi seguro o no. Si mi seguro no ha reembolsado en su totalidad esta oficina dentro de 90 días, será anunciado el saldo pendiente. Autorizo a cualquier soporte de información médica sobre mí para liberar a la administración de financiamiento de atención de salud y agentes de cualquier información necesaria para determinar estas prestaciones previstas para los servicios relacionados.

Firma de Beneficiary

_____/_____/_____
La Fecha

HISTORIA DE OJO DEL PACIENTE

Último examen del ojo: _____

Doctor: _____

Usas gafas?

- No
- Si
 - Todo el rato
 - Sólo lectura
 - Distancia sólo

Usas lentes de contacto?

- No
- Si

Marca _____

Recambio horario? _____

Está satisfecho con la visión y la comodidad de los lentes de contacto actuales.

- No
- Si

Está experimentando cualquiera de estos síntomas desde su último examen?

- Visión borrosa
- Dolores de cabeza
- Ojos rojos
- Ardiente
- Vision Double
- Descarga
- Destellos de luz Ver puntos
- Rasgado
- Picazon
- Sensibilidad a la luz
- Problemas en la noche
- Ojo seco
- Pérdida de la visión
- Otros _____

Alguna vez ha diagnosticado o tratado por cualquiera de los siguientes?

- Glaucoma
- Cataratas
- Degeneración Macular
- Lesiones oculares
- Problemas de la retina
- Ceguera
- Ojo turno / estrabismo
- Ojo perezoso/ambliopía
- Problemas del ojo diabético
- Ojo seco
- Otros
- Cirugía ocular para: _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

De médico primaria _____

Último examen físico _____

Alguna vez ha diagnosticado o tratado para los siguientes problemas de salud?

- Diabetes (I or II)
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Enfermedades del corazón
- Cancer (typo: _____)
- Enfermedad de la tiroides
- Enfermedad respiratoria/asma
- Artritis reumatoide
- Depresión
- Ansiedad
- ADHD
- Autismo
- Lupus
- Embarazada ahora (_____ semanas?)
- Other _____
- No Problemas con mi salud

HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA

	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Glaucoma				
Degeneración Macular				
Ojo turno estrabismo				
Ojo perezoso/ambliopía				
Blindness				
Otros Problemas de Ojo				
Diabetes				
Presión arterial alta				
Cancer				
Enfermedades del corazón				

No Problemas con mi familia

TODOS MEDICACIONES

(incluyendo gotas para los ojos)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

No hay medicaciones actuales

ALERGIAS de MEDICACIONES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Ninguna alergia a medicamentos

HISTORIA SOCIAL

Bebidas alcohólicas por semana

- Ninguna
- Raramente
- Socialmente
- Diariamente

Fumar

- Ninguna – sin historia previa
- Ninguna – fumador anterior
- 1 paquete/día
- 2 paquetes/día
- 3 + paquetes/día