

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 entiendo 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 *****</p> <p>Estoy en la recepción del aviso de prácticas de privacidad de Aronson Optometría, PA DBA Greenlake Eyecare.</p> <p style="text-align: right;">_____/_____/_____ 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 coaseguro 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

PÁGINA PROXIMA, POR FAVOR →

HISTORIA DE OJO DEL PACIENTE

<p>Último examen del ojo: _____ Doctor: _____ Usas gafas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Todo el rato <input type="checkbox"/> Sólo lectura <input type="checkbox"/> Distancia sólo</p> <p>Usas lentes de contacto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Marca _____ Recambio horario? _____</p> <p>Está satisfecho con la visión y la comodidad de los lentes de contacto actuales. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>	<p>Está experimentando cualquiera de estos síntomas desde su último examen?</p> <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Ojos rojos <input type="checkbox"/> Ardiente <input type="checkbox"/> Vision Double <input type="checkbox"/> Descarga <input type="checkbox"/> Destellos de luz Ver puntos <input type="checkbox"/> Rasgado <input type="checkbox"/> Picazon <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> Problemas en la noche <input type="checkbox"/> Ojo seco <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión <input type="checkbox"/> Otros _____	<p>Alguna vez ha diagnosticado o tratado por cualquiera de los siguientes?</p> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración Macular <input type="checkbox"/> Lesiones oculares <input type="checkbox"/> Problemas de la retina <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Ojo turno / estrabismo <input type="checkbox"/> Ojo perezoso/ambliopía <input type="checkbox"/> Problemas del ojo diabético <input type="checkbox"/> Ojo seco <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cirugía ocular para: _____ _____
--	--	--

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

HISTORIAL MEDICO DE LA FAMILIA

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

	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

ALERGIAS de MEDICACIONES

HISTORIA SOCIAL

<p>(incluyendo gotas para los ojos)</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____</p> <p><input type="checkbox"/> <u>No hay medicaciones actuales</u></p>	<p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Ninguna alergia a medicamentos</u></p>	<p><u>Bebidas alcohólicas por semana</u></p> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Diariamente <p><u>Fumar</u></p> <input type="checkbox"/> Ninguna – sin historia previa <input type="checkbox"/> Ninguna – fumador anterior <input type="checkbox"/> 1 paquete/día <input type="checkbox"/> 2 paquetes/día <input type="checkbox"/> 3 + paquetes/día
---	---	---

POR FAVOR, REGRESE A RECEPCIÓN CUANDO TERMINE-GRACIAS