



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Unidad #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

¿Se puede dejar mensaje? ( ) Sí ( ) No

Estado civil (encierre en un círculo): Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

### SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

ID de póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor del seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

### SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

ID de póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor del seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

### POLÍTICA DE CARGO POR REFRACCIÓN Y ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO

ESSNV ofrece exámenes médicos de los ojos y exámenes de visión.

#### Examen de visión vs. examen médico

- Exámenes de visión: incluyen una consulta para evaluar la visión y/o actualizar la receta de anteojos o lentes de contacto.
- Exámenes médicos: incluyen el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o condición ocular, como glaucoma, conjuntivitis o cataratas.
- Debido a restricciones de las compañías de seguros, no se puede usar el seguro de visión y el seguro médico para un examen conjunto el mismo día. Requerimos que los pacientes programen los exámenes médicos y de visión en días separados.

**Nota:** Medicare y otras formas de seguro no consideran la refracción como parte de un examen ocular integral; por lo tanto, no podemos facturarla a su seguro. **Solo se le cobrará una tarifa de refracción de \$50, pagadera al momento de la salida, si desea recibir una receta para anteojos de nuestro optometrista.**

**El costo de la adaptación de lentes de contacto varía y se cobrará al momento del servicio.**

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**Motivo principal de la consulta**

¿Cuál es el problema principal con su(s) ojo(s), y cuándo notó por primera vez los síntomas o le informaron del diagnóstico?

**Antecedentes OCULARES (encierre en un círculo todo lo que corresponda) o encierre NINGUNO**

Glaucoma / Cataratas / Ojo perezoso (ambliopía) / Estrabismo (ojos desviados) / Degeneración macular /

Desprendimiento de retina / Lesión ocular / Inflamación ocular / Cirugía láser / Cirugía (operación) /

Otro: \_\_\_\_\_

**SALUD GENERAL (Por favor circule todo lo que corresponda) o circule NINGUNO**

Fiebre

Pérdida de peso

Fatiga

Sinusitis / Alergias nasales

Pérdida de audición

Boca seca

Angina / Dolor en el pecho

Ataque cardíaco

Enfermedad cardíaca congestiva

Soplo cardíaco

Latidos cardíacos irregulares o lentos

Enfermedad cardíaca reumática

Presión arterial alta

Derrame cerebral

Enfermedad del hígado

Falta de aire · Asma

Bronquitis

Enfisema

Acidez estomacal / Úlcera

Hepatitis

Diabetes

Otro: \_\_\_\_\_

Enfermedad renal  
Cálculos renales

**ANTECEDENTES MÉDICOS:**

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

\_\_\_\_\_

**Historial de tabaquismo:**

¿Fuma actualmente?: Sí  No

Si respondió Sí: ¿Está intentando dejar de fumar?: Sí  No

Si respondió No: ¿Es exfumador(a)?: Sí  No

**Medicamentos (nombre/dosis):**

\_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos:**

(Nombre/reacción):  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares (generales o de los ojos)**

\_\_\_\_\_

**Farmacia preferida y dirección:**  
\_\_\_\_\_

**Por favor responda si tiene más de 65 años- Por favor circule:**

**Vacuna contra la influenza (gripe):** Sí  No

**Vacuna neumocócica:** Sí  No

**Vacuna contra el herpes zóster (culebrilla):** Sí  No

## **ACUERDO DEL PACIENTE: POLÍTICAS DE LA OFICINA Y FINANCIERAS**

**Nuestro objetivo es brindarle la mejor atención y servicio posibles. Es importante que comprenda las políticas de la práctica como parte de su atención. Si tiene preguntas, por favor consulte a un miembro de nuestro personal.**

### **1.Cancelaciones y llegadas tarde:**

Si necesita cancelar su cita, notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación. No avisar puede resultar en un cargo de \$30 por cita perdida. Si llega con más de 20 minutos de retraso, su cita puede necesitar ser reprogramada. Para procedimientos o cirugías, se aplicará un cargo no reembolsable de \$400 si no se cancelan con al menos 72 horas de anticipación por razones no médicas.

### **2.Seguro y responsabilidad del paciente:**

ESSNV acepta la mayoría de los planes de seguro. Es su responsabilidad conocer sus beneficios, incluidos deducibles, copagos y referencias o autorizaciones requeridas. La parte correspondiente al paciente debe pagarse al momento del servicio, junto con cualquier saldo previo. Los servicios no cubiertos por el seguro son responsabilidad del paciente. Los saldos pendientes deben pagarse dentro de 90 días; después de ese plazo, la cuenta puede enviarse a cobros y puede aplicarse cargos adicionales.

### **3.Pacientes menores de 18 años:**

Requerimos que un parent/madre o tutor(a) acompañe a cualquier paciente menor de 18 años a todas las citas. Los consentimientos y acuerdos deben ser firmados por el parent/madre o tutor(a). El parent/madre/tutor(a) será responsable de cualquier gasto incurrido por los servicios prestados.

### **4.Compensación laboral (Workers' Compensation):**

Los servicios por lesiones laborales se facturarán como compensación laboral una vez que se reciba la aprobación por escrito. El paciente debe proporcionar la información necesaria para que podamos facturar a la aseguradora.

### **5.Autorización para grabación/consentimiento de uso de imagen (media release):**

Se le informa que durante su cita usted puede ser fotografiado(a), entrevistado(a) y grabado(a) en video y audio. Con su permiso, estas grabaciones pueden usarse para servicio al cliente, capacitación y mercadeo, incluyendo el uso de medios como folletos, el sitio web de la práctica y/o cualquier plataforma de redes sociales administrada por ESSNV.

### **( ) Sí, doy mi consentimiento ( ) No, no doy mi consentimiento**

### **6.Completar formularios médicos:**

Se cobrará una tarifa de \$25 por completar formularios médicos (por ejemplo, formularios de visión del DMV). En algunos casos, puede requerirse una visita a la oficina; de lo contrario, el procesamiento puede tardar hasta 7 días hábiles.

### **7.Examen rutinario de visión:**

Si durante un examen rutinario de visión, el proveedor determina que es necesario realizar pruebas médicas adicionales, entonces se facturará su seguro médico por esos cargos adicionales.

He leído y comprendo las políticas de la oficina de ESSNV y acepto sus términos. Entiendo que estas políticas pueden cambiar. Declaro que he proporcionado toda mi información de seguro y que no conozco ninguna otra cobertura. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto si no informo correctamente a ESSNV sobre mi seguro.

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **AVISO DE PRIVACIDAD**

### Uso y divulgación de información médica protegida

Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre múltiples proveedores de atención médica que puedan participar en ese tratamiento de manera directa o indirecta.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluación de calidad y certificaciones médicas.

Tenga en cuenta que nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en la recepción y en línea en nuestro sitio web, [www.essnv.com](http://www.essnv.com), en la sección “Forms”.

Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar este aviso de vez en cuando, y que puedo comunicarme con la práctica en cualquier momento para obtener una copia vigente.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito. Entiendo que la revocación del consentimiento solo tiene efecto a partir de la fecha en que se revoca y en adelante. No afecta acciones pasadas que se hayan realizado con el consentimiento previo.

Por favor identifique específicamente a estas personas y/o entidades a las que usted autoriza a usar y/o divulgar su información médica protegida con respecto al tratamiento, el pago y otras operaciones de atención médica.

---

Nombre de la persona o entidad autorizada	Relación	Fecha
---	----------	-------

---

Nombre de la persona o entidad autorizada	Relación	Fecha
---	----------	-------

---

Nombre de la persona o entidad autorizada	Relación	Fecha
---	----------	-------

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_