

Fecha: _____



INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Último Nombre: _____ Primero Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad : _____ Género: _____ Idioma(s) Privilegiado: _____

DIRECCIÓN: _____ Apto#: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Cremallera Código: _____ Correo electrónico: _____

Hogar Teléfono: _____ Celúla Teléfono: _____ ¿Está bien dejar un mensaje? () Sí () No

Marital Estado (círculo uno): Soltero/Casado/Div./Septiembre/Viudo

Contacto de emergencia : _____ Teléfono: _____

Relación con Paciente: _____

Primario Cuidado Médico: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Referido por: _____

SEGURO MÉDICO PRIMARIO:

En s. Compañía: _____

Política IDENTIFICACIÓN#: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor del seguro _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación a Paciente: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO:

En s. Compañía: _____

Política IDENTIFICACIÓN#: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor del seguro _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación a Paciente: _____

POLÍTICA DE TARIFAS DE REFRACCIÓN Y AJUSTE DE LENTES DE CONTACTO

ESSNV ofrece exámenes médicos de la vista y exámenes de la vista

Examen de la vista versus examen médico

- a.** Exámenes de la vista: incluye una visita al consultorio para verificar la visión y/o actualizar las recetas de anteojos o lentes de contacto.
- b.** Exámenes Médicos: incluye diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o condición ocular como glaucoma, conjuntivitis o cataratas.
- c.** Debido a restricciones de las compañías de seguros, no puede utilizar su seguro médico y de la vista para un examen conjunto el mismo día. Requerimos que los pacientes programen exámenes médicos y de la vista en días separados.

Tenga en cuenta: Medicare y otras formas de seguro no consideran una refracción como parte de un examen ocular completo; por lo tanto, no podemos facturarle a su seguro. Solo se le cobrará una **tarifa de refracción de \$50 pagadera al finalizar la compra** si desea recibir una receta para anteojos de nuestro optometrista.

***Los costos de adaptación de lentes de contacto varían y se cobrarán en el momento del servicio.**

Firma de la Parte Responsable: _____ **Fecha:** _____

MÉDICO INFORMACIÓN NOMBRE DE LA HOJA

: _____

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

Historial OJO (Por favor marque todo lo que corresponda) o

marque NINGUNO Glaucoma	Catarata	Ojo vago
(ambliopía) cruzado Ojos (Estrabismo)	Degeneración	
macular Retiniana Ojo de desapego	Ojo de lesión	
Inflamación		
Láser Operario de Cirugía Cirugía	Otro:	_____

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

Fevers	Weight Loss	Fatigue
Sinusitis / Nasal Allergies	Hearing Loss	Dry Mouth
Angina / Chest Pain	Heart Attack	Congestive Heart Disease
Rheumatic Heart Disease	Heart Murmur	Irregular or Slow Heartbeat
High Blood Pressure	Stroke	Liver Disease
Shortness of Breath Asthma	Bronchitis	Emphysema
Heartburn / Ulcer Hepatitis	Diabetes	Kidney Disease
		Kidney Stones

Otro: _____

PASADO MÉDICO HISTORIA:

QUIRÚRGICA HISTORIA:

Fumar Historia:

¿Fumas?: Sí No
En caso afirmativo: ¿está intentando ¿abandonar? Sí No
Si no: ¿es usted un ex ¿fumador? Sí No

HISTORIA FAMILIAR (GENERAL U OJO):

Medicamentos (Nombres/dosis): Alergias a medicamentos:
(Nombre/reacción):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Please Answer if age >65
Please circle below:
Influenza vaccine: Yes No
Pneumococcal vaccine: Yes No
Shingles vaccine: Yes No

Farmacia preferida: _____ **Dirección:** _____

ACUERDO DEL PACIENTE-OFICINA Y POLÍTICAS FINANCIERAS

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posibles , por lo tanto, su comprensión completa de nuestras políticas de práctica es un elemento esencial de su atención y tratamiento. Pregúntele a uno de los miembros de nuestro personal si necesita más aclaraciones.

1. **Cancelaciones y llegadas tardías :**

Si debe cancelar su cita, le pedimos que notifique al consultorio dentro de las 24 horas posteriores a su cita para que podamos ofrecer ese tiempo a otro paciente. No notificarnos puede resultar en un cargo de cita perdida de \$30. Si llega más de 20 minutos tarde a su cita programada, es posible que no tengamos más remedio que reprogramarla. Habrá un cargo no reembolsable de \$400 por no presentarse/cancelación para procedimientos/cirugías que no se cancelen con al menos 72 horas de anticipación si se aplican razones no médicas.

2. **Seguro y responsabilidad del paciente**

ESSNV contrata o acepta la mayoría de los planes de seguro. Es SU RESPONSABILIDAD estar al tanto de los beneficios de su seguro, incluidos los deducibles, copagos y cualquier referencia requerida por su seguro. El pago total de la responsabilidad del paciente vence al momento del servicio. Cualquier saldo de visitas anteriores debe pagarse al momento del check-in. Todos los servicios no cubiertos por su seguro serán su responsabilidad y se le facturarán. Los saldos pendientes deben pagarse dentro de los 90 días; después de 90 días, su cuenta puede ser enviada a cobranza y se pueden aplicar tarifas adicionales.

3. **Pacientes menores de 18 años (Menores de edad)**

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

4. **Compensación de trabajadores**

Los cargos por servicios prestados debido a una lesión laboral verificada se tratarán como compensación para trabajadores y facturaremos a la compañía de compensación para trabajadores una vez que se haya obtenido la aprobación por escrito. Los pacientes deben proporcionar información precisa y necesaria para facturar al proveedor.

5. **Autorización para grabar/consentimiento de publicación en los medios**

Tenga en cuenta que durante su cita, es posible que lo fotografien, lo entrevisten y lo graben tanto en video como en audio. Con su permiso, estas grabaciones pueden usarse para servicio al cliente, capacitación y marketing, incluido 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 los formularios médicos (es decir, formularios de la vista del DMV). En ciertos casos, es posible que se requiera una visita al consultorio para completar estos formularios; de lo contrario, espere hasta 7 días hábiles para el procesamiento .

7. **Examen de la vista de rutina**

Si durante un examen de la vista de rutina, el proveedor determina que es necesario realizar pruebas médicas adicionales, se le facturarán a su seguro médico estos cargos adicionales.

He leído y comprendido las políticas de la oficina de ESSNV como se describe anteriormente y acepto estar sujeto a sus términos y condiciones. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados por la práctica. Por la presente declaro que he enumerado mi cobertura de seguro completa y no tengo

conocimiento de ninguna otra cobertura. Entiendo que soy responsable de cualquier reclamo no pagado debido a negligencia al informar a ESSNV sobre mi seguro.

Firma de la Parte Responsable: _____ **Fecha:** _____

AVISO DE PRIVACIDAD

Uso y divulgación de información médica protegida

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

- Conducta, plan y directo mi tratamiento y seguir arriba entre múltiples cuidado de la salud proveedores OMS puede estar involucrado en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pago de un tercero pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluación de calidad y atención médica. certificaciones.

Tenga en cuenta que nuestra política de Aviso de prácticas de privacidad está disponible en la recepción y en línea en nuestro sitio web, www.essnv.com, en Formularios.

Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que este consultorio tiene derecho a cambiar este aviso de vez en cuando y que puedo comunicarme con el consultorio en cualquier momento para obtener una copia actualizada.

Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito. Entiendo que revocar el consentimiento solo tiene efecto a partir de la fecha en que se revoca y en adelante. No afecta ninguna acción pasada que se haya realizado con el consentimiento previo.

Identifique específicamente a estas personas y/o entidades a las que está autorizando a hacer uso y/o divulgar su información de salud protegida con respecto al tratamiento, 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 Parte Responsable: _____ **Fecha:** _____