



INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: _____	MUJER HOMBRE	
(LEGAL) APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDA INICIAL		
DIRECCION: _____		
CALLE / PO BOX CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL		
FECHA DE NACIMIENTO: _____	SEGURO SOCIAL: _____	
CASA: (____) _____	CELLULAR: (____) _____	TRABAJO: (____) _____
CORREO ELECTRONICO: _____		
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> SEPARADOS		
EMPLEADOR: _____	OCCUPATION: _____	

SI ES MENOR DE EDAD

PARTE RESPONSABLE / INFORMACION DE FACTURA:		
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN: _____	FECHA. DE NACIMIENTO _____	
DIRECCION: _____	CASA: (____) _____	
STREET/ PO BOX CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL		
EMPLEADOR: _____	TRABAJO: (____) _____	CELLULAR: (____) _____
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	
DIRECCION: _____	CASA: (____) _____	
STREET/ PO BOX CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL		
EMPLEADOR: _____		
TRABAJO: (____) _____	CELLULAR: (____) _____	

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____	RELACION AL PACIENTE: _____
CELLULAR: _____	

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



INFORMACION DEL SEGURO DEL PACIENTE

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Seguro: _____

*Nombre del Titular de la Póliza: _____ *Fecha de nacimiento del Titular: _____

*Nombre del Asegurado: _____

*Fecha de nacimiento del Asegurado: _____ *Póliza / ID #: _____

*Grupo #: _____ *Fecha Efectiva: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Seguro: _____

*Nombre del Titular de la Póliza: _____ *Fecha de nacimiento del Titular: _____

*Nombre del Asegurado: _____

*Fecha de nacimiento del Asegurado: _____ *Póliza / ID #: _____

*Grupo #: _____ *Fecha Efectiva: _____

*REQUERIDOS POR FAVOR COMPLETAR PARA FACTURACIÓN



HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor de listar cualquier medicamento o gotas para ojos que este tomando:

Liste cualquier alergia medica: _____

¿Está recibiendo tratamiento o ha sido tratado anteriormente por alguna de las siguientes condiciones? Si es así, circule cual y explique en la columna de la derecha.

Pérdida de Peso / Aumento de Peso (Otro)	
Ojos Glaucoma / Catarata / Ojo Vago / Problemas de Retina / Corrección de la Visión con Laser / Otro	
Cardiovascular Problemas del Corazón / Dolor de Pecho/ Latido de Corazón Irregular /Alta Presión Sanguínea / Alto Colesterol	
Respiratorio Asma / Falta de Aliento / Sibilancias / Tos	
Gastrointestinal Acidez / Dolor Abdominal / Diarrea / Vomito	
Integumentario Erupciones cutáneas/ Sequedad excesiva	
Musculoesquelético Dolores musculares / Dolor en las articulaciones / Articulaciones hinchadas	
Neurológica Entumecimiento/ Debilidad / Dolor de Cabeza / Parálisis / Otro	
Hematológico / Linfático Trastornos de la Sangre / Leucemia / Otro	
Alergia / Inmunológico Fiebre de Heno/ Alergias / Otro	
Endocrine Problemas Tiroideos / Diabetes / Otro	
Psiquiátrica Depresión / Ansiedad	

Historia Familiar: ¿Hay alguna enfermedad médica o de la vista en su familia? Si es así, circule uno y anote la relación con usted. Glaucoma / Degeneración Macular / Diabetes / Cataratas / Alta Presión Sanguínea/ Otro
Por favor especifique: _____

Historia Social:

¿Usted fuma? ¿Si es así, cuánto? _____ ¿Usted toma? ¿Si es así, cuánto? _____

¿Hace drogas? ¿Si es así, cuánto? _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____



RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Estamos haciendo todo lo posible para mantener bajo el costo de la atención médica y brindar un servicio excelente. **Por lo tanto, se espera el pago en el momento del servicio.** Debido al alto costo de la facturación, los pacientes que no puedan realizar el pago en el momento del servicio serán reprogramados. Los métodos de pago aceptados incluyen efectivo, cheque, tarjeta de crédito y tarjeta de débito. Presentaremos cualquier seguro que esté debidamente provisto en el momento del servicio. Trabajaremos con usted durante los momentos de transición del seguro, pero comprenda que, si recibimos denegaciones debido a información incorrecta o caducidad/cambio del seguro actual, usted será responsable de todos los cargos. Requerimos que nuestros pacientes verifiquen su información en cada visita y se requiere una identificación con foto del paciente para presentar cualquier seguro.

SERVICIO DE REFRACCION Y TARIFA

Una parte muy necesaria de un examen médico de la vista se llama refracción (códigos 92015 CPT). Medicare y algunas compañías de seguros no cubren esta parte o código. Sin embargo, es esencial para determinar la necesidad de anteojos correctivos, lentes de contacto y brinda información muy necesaria cuando la visión es borrosa o cambia cada vez más. Esté preparado para pagar \$68 por el servicio de refracción además de su copago y/o deducible.

ACEPTACION DE SEGURO

Nuestros médicos consideran muchos planes y contratan a las compañías de seguros que mejor cumplen con el estándar de excelente atención oftalmológica. Debido a que los reclamos de archivo principal de nuestro médico a través de planes de seguro médico, a menudo no tenemos contratos con planes de visión exclusivos. Si su compañía de seguros requiere una referencia para ver a un especialista, debe traer la referencia a su cita o verificar que nuestra oficina haya recibido la referencia. Si no está seguro de si necesita o no una autorización o referencia, debe comunicarse con el consultorio de su médico de atención primaria. Además, si su compañía de seguros niega su reclamo debido a una cláusula preexistente, usted será responsable de todos y cada uno de los cargos no cubiertos por su compañía de seguros. En el momento de su visita, se espera que pague el monto de cualquier copago requerido por su plan de seguro, cualquier monto de deducible anual no alcanzado cuando corresponda, y cualquier servicio que no esté cubierto. Los pagos pueden ser en efectivo, cheque o cualquier tarjeta de crédito importante.

DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud a profesionales de la salud o entidades no relacionadas con Advanced Eye Care Center para fines de tratamiento, facturación y otras operaciones de atención médica. Este consentimiento permanecerá en vigor a menos que sea revocado.

Acepto compartir información médica con mi familia, amigos u otras personas según lo permita la ley cuando parezca razonable que están directamente involucrados con mi tratamiento, decisiones médicas o pago de la atención. Si no estoy de acuerdo, solicitaré una solicitud de restricción para limitar el intercambio de mi información. Compartir información médica con familiares, amigos u otras personas no les da permiso para obtener copias de mi registro médico.

RECONOCIMIENTO

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias. Si no soy el paciente identificado en la etiqueta a continuación en este formulario, declaro que estoy autorizado por ley para aceptar estas condiciones en nombre del paciente y soy el representante autorizado del paciente. Una copia de este formulario es efectiva y válida como el original.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

Relación al Paciente (si no firma el paciente)

