

Bienvenido a Vista EyeCare
Isabel A Cruz OD

Primer Nombre: _____
Apellido _____
Dirección: _____ Ciudad _____
Código Postal _____
Tel: _____ Tipo: Casa/Trabajo/Celular
Correo
Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F
Estatura: _____ Peso: _____ libras

Circule Su Seguro de Visión

AlwaysCare EyeMed Superior VSP Ninguno

Medicaid /Plan _____

Número de Miembro _____

Número Social: _____

Información

Seguro médico _____ PPO / HMO / Medicare
Número de miembro: _____ Grupo: _____
Titular de póliza si el nombre es diferente:

Fecha de nacimiento _____ SSN: _____
Relación con el paciente: _____
Número de teléfono del seguro médico: _____

Historial Ocular:

Propósito de la visita de hoy:

- Visita anual Dolores de cabeza
- Visión borrosa Ojos rojos
- Ardor Infección
- Visión doble Picazón
- Sequedad Visión nocturna dificultad
- Destello de luz Dolor en los ojos
- Flotadores Arenilla
- Lentes de contacto Diabetes
- Manchas en la visión Glaucoma

¿Cuándo fue su último examen de la vista?

¿Usa lentes de contacto? Si No Marca _____
¿Si usa gafas, las trajo a su visita médica? Si o No los perdí/ No
están rotos/ No uso gafas

¿Le han diagnosticado lo siguiente o alguien de su familia?

- Cataratas Iritis/Uveítis
- Parálisis de Bell Ojo perezoso
- Ojo seco Degeneración macular
- Giro de ojos Desprendimiento de retina
- Glaucoma Defecto en la retina/Orificio
- Lesiones Otras enfermedades oculares

¿Quién? _____

¿A quién podemos agradecer por su referencia a nuestra oficina?

Los medicamentos actuales y la dosis (incluyen OTC y suplementos)

Alergias: _____

Detalle alguna cirugía de la vista y fecha que ocurrió:

¿Está embarazada o amamantando? Sí No

¿Fuma cigarrillos? No Sí, ¿con qué frecuencia? _____

¿Bebe alcohol? No Sí, ¿con qué frecuencia? _____

Historial Médico:

¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes problemas de salud? (si la respuesta es sí, incluya la fecha, de lo contrario, marque con un círculo no)

Alergias	No Si Fecha _____
Artritis	No Si Fecha _____
Asma	No Si Fecha _____
Sangre/Linfa	No Si Fecha _____
Cáncer	No Si Fecha _____
Colesterol	No Si Fecha _____
Diabetes	No Si Fecha _____
Digestión/ gástrica	No Si Fecha _____
Fatiga	No Si Fecha _____
Enfermedades del corazón	No Si Fecha _____
Alta Presión	No Si Fecha _____
VIH/SIDA	No Si Fecha _____
Enfermedades de la piel	No Si Fecha _____
Riñón	No Si Fecha _____
Músculo o hueso	No Si Fecha _____
Dolores de cabeza	No Si Fecha _____
Psicológico	No Si Fecha _____
Respiratorio	No Si Fecha _____
Sinusitis	No Si Fecha _____
Convulsiones	No Si Fecha _____
Tiroides	No Si Fecha _____

¿Ha recibido la vacuna contra COVID? No Si Fecha

Si ha tenido alguna cirugía, incluya el tipo y fecha:

¿Está interesado en LASIK? Si o No

Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento del Paciente

He recibido este aviso de prácticas de privacidad escrito en lenguaje sencillo. El aviso proporciona en detalle los usos y las divulgaciones de mi información médica protegida que pueden realizarse mediante esta práctica, mis derechos individuales y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información médica protegida. El aviso incluye:

- ✓ Una declaración de que esta práctica es requerida por la ley para mantener la privacidad de la información médica protegida.
- ✓ Una declaración de que esta práctica debe cumplir con los términos de la notificación actualmente en vigencia.
- ✓ Tipos de usos y divulgaciones que esta práctica puede realizar para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- ✓ Una descripción de cada uno de los otros propósitos para los cuales esta práctica está permitida o requerida para usar o divulgar información médica protegida sin mi consentimiento o autorización por escrito.
- ✓ Una descripción de los usos y divulgaciones que están prohibidos o limitados materialmente a mi ley.
- ✓ Una descripción de otros usos y divulgaciones que se harán solo con mi autorización por escrito y que puedo revocar dicha autorización.
- ✓ Recibí una notificación de que los miembros de Vista EyeCare tendrán acceso a mi historial de medicamentos de reclamaciones a través de un servicio electrónico hasta que revoque mi consentimiento. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito.
- ✓ Mis derechos individuales con respecto a la información médica protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos en relación con:

- A) El derecho a quejarme de esta práctica y de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si creo que se han violado mis derechos de privacidad y que no se utilizarán acciones de represalia contra mí en el caso de dicha queja.
- B) El derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de mi información de salud protegida y que esta práctica no está obligada a aceptar una restricción solicitada.
- C) El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida.
- D) El derecho a inspeccionar y copiar información médica protegida
- E) El derecho a modificar información médica protegida
- F) El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información médica protegida
- G) El derecho a obtener una copia impresa del aviso de prácticas de privacidad de esta práctica previa solicitud.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantiene. Entiendo que puedo obtener el Aviso de prácticas de privacidad actual de esta práctica a solicitud.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si está firmada por un representante personal del paciente): _____

Póliza de Pago

Presente asigno todos los beneficios médicos, incluyendo todos los beneficios médicos a los que tengo derecho como Medicare, seguro privado y otros planes de salud, a Vista EyeCare. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago. Si mi compañía de seguros no ha reembolsado a Vista EyeCare en un plazo de 60 días, **es muy posible que facturen** por cualquier servicio o producto que haya recibido. Entiendo que soy responsable de los saldos adeudados después de la facturación. **Certifico que mis respuestas en este formulario son precisas y reales. Certifico que entiendo que no hay reembolsos ni cambios y que las ventas son definitivas a menos que estén cubiertas por la garantía del fabricante o los programas de garantía de oficina (solo crédito de oficina).**

Firma: _____ Fecha: _____

Uso exclusivo de la oficina: DFE VF RP