

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_  Casado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre o cónyuge: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
**Optometrista que refiere:** \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**PARTE RESPONSABLE**

Nombre de la persona responsable para esta cuenta: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

**SEGURO PRESENTE COPIA DE SUS TARJETAS DE SEGURO**

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_ F. de nac. del asegurado: \_\_\_\_\_  
Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_ F. de nac. del asegurado: \_\_\_\_\_

**RESPONDA LO SIGUIENTE:**

¿Está viviendo actualmente en un centro de enfermería especializada?  Sí  No  
Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
**IDIOMA PREFERIDO:**  Inglés  Español  Otro  
**RAZA:**  Indígena estadounidense/esquimal/aleutiano  Asiático/isleño del Pacífico  
 Afroamericano  Blanco  Otro  
**ETNICIDAD:** Hispano/latino No hispano/latino

**NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

**Por medio del presente autorizo a los médicos y al personal de Sweeney Eye Associates para que me realicen los tratamientos que me pueda prescribir cualquier médico tratante durante todos y cada uno de mis tratamientos en Sweeney Eye Associates. (Si es menor de edad) Por medio del presente autorizo al médico para que trate a mi hijo(a) según sea considerado necesario desde el punto de vista médico.**

**X** \_\_\_\_\_  
**FIRMA / PARTE RESPONSABLE**      **NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA**      **FECHA**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ F. de nac. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos anteriores:**

Encierre en un círculo todo lo que corresponda

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| Reflujo gastroesofágico                                | Latidos cardíacos irregulares  |
| Alzheimer / Demencia                                   | Enfermedad renal/ Diálisis     |
| Ansiedad / Depresión                                   | Ataque cardíaco: Fecha: _____  |
| Artritis   | Hepatitis A / B / C            |
| Articulaciones artificiales                            | Hipertensión/Presión arterial  |
| Asma   | VIH/SIDA                       |
| Trastornos hemorrágicos                                | Hipercolesterolemia            |
| Trasplante de médula ósea                              | Problemas de tiroides          |
| Cáncer: ¿Quimioterapia?                                | Enfermedad hepática            |
| ¿O radiación?  | MRSA                           |
| Tipo: _____  | Marcapasos                     |
| EPOC   | Parkinson                      |
| Enfermedad de las arterias coronarias                  | Enfermedad prostática          |
| Insuficiencia cardíaca congestiva                      | Convulsiones                   |
| Diabetes Tipo 1 / Diabetes Tipo 2 Insulino-dependiente | Accidente cerebrovascular /AIT |
|  | Ninguno                        |

Otro

---



---

**Antecedentes quirúrgicos anteriores:**

Indique todas las cirugías y el año en que se las realizó


¿Alguna vez ha tenido complicaciones relacionadas con la anestesia? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ F. de nac. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **Antecedentes oculares:**

Encierre en un círculo todo lo que corresponda

Conjuntivitis alérgica	Ángulos estrechos (ojo derecho /ojo izquierdo)
Blefaritis	Hipertensión ocular
Catarata (ojo derecho/ojo izquierdo)	Pseudoexfoliación
Uso de lentes de contacto	Desgarro retiniano (ojo derecho/ ojo izquierdo)
Distrofia corneal: (ojo derecho/ ojo izquierdo)	Desprendimiento de retina (ojo derecho/ojo izquierdo)
Retinopatía diabética: (ojo derecho/ojo izquierdo)	Estrabismo
Sequedad en los ojos	Trauma ocular (ojo derecho/ ojo izquierdo)
Anteojos	PVD (ojo derecho/ojo izquierdo)
Lentes de contacto	Flotadores del vítreo (ojo derecho/ojo izquierdo)
Glaucoma	LASIK/RK previo
Degeneración macular	Ninguno
ERM macular (ojo derecho/ ojo izquierdo)	

Otro \_\_\_\_\_

### **Cirugía ocular:**

Encierre en un círculo todo lo que corresponda

Blefaroplastia (ojo derecho/ojo izquierdo)	Corrección de ptosis (ojo derecho/ojo izquierdo)
Cirugía de catarata (ojo derecho/ ojo izquierdo)	Tapones lacrimales (ojo derecho/ ojo izquierdo)
Trasplante de córnea (ojo derecho/ojo izquierdo)	Cirugía de estrabismo (ojo derecho/ojo izquierdo)
DSAEK (ojo derecho/ojo izquierdo)	Láser en retina (ojo derecho/ ojo izquierdo)
Cirugía de los músculos oculares (ojo derecho/ojo izquierdo)	RK (ojo derecho/ojo izquierdo)
Inyecciones intravítreas (ojo derecho/ojo izquierdo)	Trabeculectomía (ojo derecho/ ojo izquierdo)
LASIK (ojo derecho/ojo izquierdo)	Derivación del humor acuoso (ojo derecho/ojo izquierdo)
Iridotomía láser (ojo derecho/ ojo izquierdo)	Capsulotomía yag (ojo derecho/ ojo izquierdo)
Trabeculoplastia láser selectiva (ojo derecho/ojo izquierdo)	Ninguno
PRK (ojo derecho/ojo izquierdo)	

Otro \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ F. de nac. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Antecedentes sociales:**

Encierre en un círculo la selección en cada categoría

**Fumar cigarrillos:**Nunca fumó  
Dejó de fumar: ex fumador  
Fuma diariamente  
Paquetes por día**Consumo de alcohol:**Ninguno  
1 trago por día  
2 tragos por día  
3 o más por día**Necesidades especiales:**Silla de ruedas  
Caminadora  
Uso de oxígeno  
Prótesis auditivas  
Traductor**Antecedentes familiares:**Encierre en un círculo todo lo que corresponda  
Indique al familiar directo con antecedentes.  
(Solo los abuelos, padres, hermanos)Glaucoma \_\_\_\_\_  
Ceguera \_\_\_\_\_  
Cataratas \_\_\_\_\_  
Degeneración macular \_\_\_\_\_Diabetes \_\_\_\_\_  
Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_  
Cáncer \_\_\_\_\_  
Accidente cerebrovascular \_\_\_\_\_

¿Antecedentes desconocidos debido a adopción?



## Vacuna contra la neumonía: SÍ / NO

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ F. de nac. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Revisión de sistemas:

Indique sí o no, si tiene actualmente cualquiera de estos síntomas.

	Sí	No		Sí	No
Fiebre			Dolor de cabeza		
Alergias			Esclerosis múltiple		
Visión deficiente			Depresión		
Sequedad en la boca			Ansiedad		
Tuberculosis			Diabetes / azúcar en la sangre sin controlar		
Ictericia			Insulino-dependiente		
Cirrosis			Anemia		
Artritis			Anemia falciforme		
Articulaciones artificiales			Ganglios linfáticos inflamados		
Erupciones en la piel			Resfriado/gripe		
Cáncer de piel			Parálisis de Bell		

	Sí	No		Sí	No
Anticoagulante			Hepatitis A		
Medicamento para la próstata			Hepatitis B		
MRSA			Hepatitis C		
Problemas sinusales			Herpes		
Pérdida de la audición			Trastorno convulsivo		
Ataque cardíaco			Demencia		
Marcapasos/Desfibrilador			Accidente cerebrovascular /AIT		
Latidos cardíacos irregulares			Enfermedad renal		
Coágulos de sangre			Diálisis		
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)			VIH / SIDA		
Enfermedad de las arterias coronarias			Medicamentos de alto riesgo (Plaquenil)		
Asma			Quimioterapia		
EPOC			Silla de ruedas		
Enfisema			Cáncer		
Bronquitis			Epilepsia		
Uso de oxígeno			Alergia al látex		

## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Sweeney Eye Associates para el cuidado de sus ojos. Estamos comprometidos con proporcionarle el más alto nivel de servicio y calidad de atención. A fin de lograr estos objetivos, necesitamos de su ayuda y comprensión de nuestra política financiera. Se recomienda que entienda el grado de cobertura que está disponible bajo el diseño específico de su plan. La póliza que usted tiene es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Si no está familiarizado con la cobertura de su seguro, le sugerimos que hable sobre la póliza con su empleador o compañía de seguros antes de incurrir en cargos. En última instancia, cualquier responsabilidad financiera recae en el paciente.

**Notificación del seguro**- Le pedimos que nos proporcione una tarjeta de identificación de seguro vigente. Si se rechaza una reclamación debido a información incorrecta suministrada, se le facturará directamente a usted por los servicios prestados.

**Exámenes**- No todos los exámenes son los mismos. Se pueden realizar diferentes procedimientos de pruebas diagnósticas con base en sus molestias oculares. Es posible que se le pida regresar para pruebas adicionales. Durante su examen le informaremos si será necesario realizar pruebas o procedimientos adicionales. Las tarifas asociadas con estos procedimientos se analizarán con usted a su llegada o durante su examen. Si no se le informó acerca de tarifas adicionales, pregunte a nuestro personal antes de iniciar el procedimiento. Estos procedimientos pueden estar cubiertos o no por su plan de seguro, o pueden llegar a incluirse en su deducible.

**Refracción**- Una refracción es un procedimiento que determina si sus molestias visuales pueden corregirse con la prescripción de anteojos. A veces si los anteojos no pueden corregir su visión, entonces puede necesitar pruebas adicionales para determinar la causa. Si usted es un paciente nuevo o establecido y tiene molestias visuales, se realizará una refracción visual. El médico es la única persona que puede determinar si es necesaria una refracción con base en sus molestias visuales. Este procedimiento se considera independiente de su examen y no está cubierto por la mayoría de las compañías de seguros.

**Copago/Deducible**- Algunas visitas al oftalmólogo pueden requerir que usted pague solo un copago en el momento del servicio. Otras compañías de seguros pueden aplicar la visita a su deducible. Cobraremos su copago y/o importes de deducibles en el momento de su visita en función de la información del seguro que su compañía de seguros nos proporcione. Cualquier disputa con su compañía de seguros debe ser manejada por usted y su compañía de seguros o empleador.

**Remisiones/Autorizaciones**- Los planes de atención gestionada requieren autorizaciones de remisión. Deben estar disponibles el día de su visita para que podamos presentar una reclamación, y usted tiene la responsabilidad de obtenerlas. Si desea que lo atiendan sin una remisión, usted es responsable por el pago el día del examen o puede reprogramar una vez recibida la remisión.

**Atención ocular de rutina o atención ocular por motivos médicos**- Nuestro consultorio participa con la mayoría de los principales planes de seguro. Ofrecemos atención oftalmológica MÉDICA y QUIRÚRGICA, así como exámenes de visión ocular para anteojos. Tenga en cuenta que muchos planes de seguro no cubren los exámenes de visión cuando no hay una razón médica para el examen. Esto es lo que el plan de seguro denomina examen de RUTINA o ANUAL para anteojos. Si su plan de seguro no cubre los exámenes oculares de RUTINA o ANUALES, usted es responsable por el pago.

**Tarifas quirúrgicas**- Determinaremos su responsabilidad financiera con Sweeney Eye Associates antes de su cirugía programada. Esto puede incluir cualquier copago, coseguros y/o importes de deducibles que nos cotice su compañía de seguros, los cuales se cobrarán antes de la cirugía programada. Todas las tarifas del centro quirúrgico y las tarifas de anestesia son independientes de Sweeney Eye Associates y son cobrados por el centro quirúrgico y el anesthesiólogo.

**Saldos pendientes**- Se espera el pago completo de cualquier saldo pendiente. Si usted no puede pagar un saldo en su totalidad, notifique a nuestro departamento de facturación inmediatamente y con gusto prepararemos un plan de pago con usted. Un pago efectuado con cheque que su banco no acredite resultará en un cargo de \$25.00. Este cargo junto con el saldo restante se deben pagar en efectivo, con tarjeta de crédito o cheque de cajero.

He leído y comprendo la Política financiera anterior.

X

\_\_\_\_\_  
FIRMA / PARTE RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA

### **AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare, Medicaid, u otros beneficios de seguros comerciales se realice en mi nombre a Sweeney Eye Associates para cualquier servicio que me suministre un médico del grupo. Autorizo a todo aquel que mantenga información médica acerca de mi persona a que divulgue a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes u otros seguros toda la información que necesiten para determinar estos beneficios pagaderos por los servicios conexos. En los casos asignados de Medicare, el proveedor se compromete a aceptar la determinación de los cargos del contratista de Medicare. **Soy responsable por el deducible de Medicare, coseguro o el 20 % que Medicare no paga y por los servicios no cubiertos que no son pagaderos.**

### **MEDIGAP U OTRO SEGURO SECUNDARIO**

También solicito que el pago de los beneficios de Medigap u otro seguro secundario se realice bien sea por mí o en mi nombre a Sweeney Eye Associates, o a cualquier médico de ese grupo, para cualquier servicio que me suministre un médico del grupo. Autorizo a todo aquel que mantenga información médica acerca de mi persona para que divulgue a la aseguradora Medigap toda la información que necesiten para determinar estos beneficios pagaderos por los servicios conexos. **Soy responsable por cualquier deducible, copago, coseguro y/o cualquier procedimiento no cubierto.**

Esta asignación permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación se considera tan válida como el original.

Mi firma a continuación también verifica que no me he inscrito en una HMO u otra entidad en la que se ha renunciado a mis beneficios de Medicare.

**X**

\_\_\_\_\_  
FIRMA / PARTE RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos usar y divulgar la información de salud protegida acerca de usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos en virtud de la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento. Las copias de nuestras Prácticas de privacidad se encuentran en las páginas laminadas en la parte delantera de nuestro consultorio y en nuestro mostrador de recepción para su revisión.

**Me han proporcionado una copia o acceso al Aviso de prácticas de privacidad.**

**MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN**

_____ Hogar	Podemos dejar un mensaje SÍ / NO
_____ Teléfono celular	Podemos dejar un mensaje SÍ / NO
_____ Trabajo	Podemos dejar un mensaje SÍ / NO

**AUTORIZACIÓN PARA HABLAR ACERCA DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Autorizo a los médicos y/o miembros del personal de Sweeney Eye Associates para que hablen sobre mi atención médica con la(s) persona(s) que se indica(n) a continuación:

_____	_____
Nombre	Parentesco
_____	_____
Nombre	Parentesco

**X** \_\_\_\_\_

**FIRMA / PARTE RESPONSABLE      NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA      FECHA**

**Aviso de precaución sobre las gotas de dilatación**

Puede ser necesario dilatar sus ojos durante su examen o tratamiento ocular. Se utilizan gotas para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos a fin de permitir al médico una mejor visión del interior de su ojo y para diagnosticar su afección.

Las gotas de dilatación hacen que la visión se vuelva borrosa por un período que varía de una persona a otra y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. No es posible que su oftalmólogo u optometrista pueda predecir qué tanto se verá afectada su visión.

Proporcionamos gafas de sol desechables que ayudan a bloquear la sensibilidad a la luz brillante. Deberá tener cuidado al caminar o subir y bajar escaleras. Ya que puede ser difícil conducir inmediatamente después del examen, es posible que quiera hacer arreglos para que alguien lo lleve.

Debido al uso de gotas de dilatación se pueden desencadenar reacciones adversas, tal como el glaucoma de ángulo cerrado agudo. Esto es extremadamente raro y se puede tratar con atención médica inmediata.

He leído y comprendo las precauciones antes indicadas.

**X** \_\_\_\_\_

**FIRMA / PARTE RESPONSABLE      NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA      FECHA**