

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente: _____ Nombre preferido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino Femenino
Seguro Social: ____ - ____ - ____ Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
Teléfono particular (____) ____ - ____ Celular (____) ____ - ____ Teléfono laboral (____) ____ - ____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Nombre del (de la) cónyuge o padre/madre: _____ Teléfono: () _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono () _____
Optometrista / médico que remite: _____ 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(a): _____ F. de nac. del asegurado(a): _____
Seguro secundario: _____ Asegurado(a): _____ F. de nac. del asegurado(a): _____

RESPONDALO SIGUIENTE:

IDIOMA PREFERIDO: Inglés Español Otro
RAZA: Indígena estadounidense/esquimal 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**

INFORMACIÓN MÉDICA	Fecha:
---------------------------	---------------

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Problemas visuales actuales _____

Indique todas las gotas oftálmicas que está usando actualmente: _____

¿Utiliza anteojos? _____ ¿Desde cuándo usa los que tiene? _____

¿Utiliza lentes de contacto? _____ ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ Rígidos Blandos

¿Está viviendo actualmente en un centro de enfermería especializada?? Sí No

Si la respuesta es "sí": Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: Indique los familiares

Cataratas _____

Enfermedad de la retina _____

Glaucoma _____

Diabetes _____

Ojo vago/Ambliopía _____

Ojo cruzado/Estrabismo _____

Otro trastorno de los ojos _____

¿Su visión afecta a su capacidad para realizar alguno de los siguientes?: (marque todos los que correspondan)

Conducir Leer Ver televisión Cocinar Vestirse Ver las etiquetas de los medicamentos

Usted vive solo(a) con su cónyuge familiar otra persona _____

¿Requiere alguno de los siguientes?: Caminadora Bastón Scooter Silla de ruedas

¿Cuáles son sus aficiones? _____

¿Cómo describiría su salud y bienestar general?

Excelente Buena Promedio Regular Deficiente

¿Tiene interés en los siguientes? Lente intraocular multifocal LASIK

Cirugías oculares previas:

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

Todas las demás cirugías:

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

ANTECEDENTES Y REVISIÓN DE SÍNTOMAS
¿Tiene o está tomando medicamentos para alguna de las siguientes afecciones?:

SÍNTOMA	SÍ	NO	SÍNTOMA	SÍ	NO
¿Pérdida repentina de la visión o cambio en la visión?			Neuropatía		
¿Visión borrosa cerca o lejos?			Artritis		
¿Ojos secos, irritados que le pican?			Articulaciones artificiales		
¿Secreción o lágrimas excesivas en los ojos?			Erupciones en la piel		
Visión doble o distorsionada			Herpes		
Enrojecimiento			Convulsiones		
Hinchazón de los párpados			Dolores de cabeza		
Sequedad en la boca			Accidente cerebrovascular/ Accidente isquémico transitorio (AIT)		
Síndrome de Sjögren			Esclerosis múltiple		
Pérdida de la audición			Pérdida de memoria		
Ataque cardíaco ¿Cuándo?:			Depresión / Bipolar		
Cirugía cardíaca ¿Cuándo?:			Diabetes		
Hipertensión arterial			Insulina / Pastillas		
Presión arterial baja			Enfermedad renal		
Marcapasos			Diálisis		
Dolor torácico			Enfermedad tiroidea		
Latidos cardíacos irregulares			Próstata		
Coágulos de sangre			Anemia		
Insuficiencia cardíaca congestiva			Se le hacen moretones con facilidad		
Enfermedad de las arterias coronarias			Problemas hemorrágicos		
Anticoagulantes			VIH/SIDA		
Colesterol alto			Anemia falciforme		
Asma			Lupus		
Tos			Enfermedad de Addison		
EPOC			Apnea del sueño		
Enfisema			¿Utiliza una máquina CPAP?		
Bronquitis			Acidez estomacal / Reflujo ácido		
Tuberculosis			Dolor articular		
Uso de oxígeno			Entumecimiento de las extremidades		
Hernia hiatal			Debilidad de las extremidades		
Ictericia			Hepatitis A / B / C		
Úlceras			Cirrosis		
Cáncer			Uso recreativo de drogas		
Tipo de cáncer:			Nombre de los medicamentos:		
¿Está recibiendo tratamiento contra el cáncer?			Síntomas de resfriado o gripe		

*****SOLO PARA USO DE LA OFICINA*****

*****SOLO PARA USO DE LA OFICINA*****

*****SOLO PARA USO DE LA OFICINA*****

<input type="checkbox"/> Historia revisada y firma del médico de ROS:	Fecha:
---	--------

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. 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 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 al menos 1 semana antes de la cirugía programada**. Todas las tarifas del centro quirúrgico y las tarifas de anestesia son independientes de Sweeney Eye Associates y son cobradas 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.

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, el coseguro o el 20 % que Medicare no paga y por los servicios no cubiertos que no son pagaderos y soy responsable por el copago, deducible o coseguro de los seguros comerciales por cualquier servicio que no tenga cobertura.**

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 de nacimiento 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

<input type="checkbox"/> Hogar	Podemos dejar un mensaje SÍ / NO
<input type="checkbox"/> Teléfono celular	Podemos dejar un mensaje SÍ / NO
<input type="checkbox"/> Trabajo	Podemos dejar un mensaje SÍ / NO
<input type="checkbox"/> Texto	Podemos enviarle mensajes de texto 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**