



Información del Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de hoy _____ / ____ / _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (____) _____ Celular (____) _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____ Número de Seguro Social _____

Farmacia _____

Referido por _____ Médico familiar _____

Información de contacto de emergencia

Contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____

Número de teléfono (____) _____

Si usted es el titular de la póliza, llene únicamente las áreas en negritas. De lo contrario, llene todas las secciones.

Compañía de seguro primario		
ID#	Número de grupo	Fecha de vigencia
Nombre del suscriptor	Relación con el paciente	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Empleador
Compañía de seguro secundario		
ID#	Número de grupo	Fecha de vigencia
Nombre del suscriptor	Relación con el paciente	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Empleador

Divulgación Financiera

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Se espera el pago completo al momento del servicio. Los métodos de pago aceptados incluyen efectivo, cheque, tarjeta de crédito y tarjeta de débito. Presentaremos cualquier seguro que se proporcione correctamente al momento del servicio. Aunque trabajaremos con usted durante tiempos de transición de seguro, tenga en cuenta que si recibimos rechazos debido a información incorrecta o a la interrupción de la cobertura del seguro, usted será responsable del total de todos los cargos. En el momento de su visita, se espera que pague cualquier copago requerido por su plan de seguro, cualquier deducible anual pendiente cuando corresponda, y cualquier servicio que no esté cubierto.

ACEPTACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nuestros doctores tienen contrato con la mayoría de las compañías de seguro médico; sin embargo, no tenemos contrato ni aceptamos seguros de visión. Si su seguro requiere una referencia para ver a un especialista, debe traer la referencia a su cita o verificar que nuestra oficina la haya recibido. Además, si su compañía de seguro niega su reclamación debido a una cláusula de condición preexistente, usted será responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por su compañía de seguro. Las reclamaciones terciarias se presentan como cortesía, pero son responsabilidad del paciente.

SERVICIO Y CUOTA DE REFRACCIÓN

Una parte necesaria de un examen médico de los ojos es la refracción, ya que determina la necesidad de anteojos correctivos, lentes de contacto y proporciona información cuando la visión está borrosa o cambia cada vez más. Medicare y la mayoría de las compañías de seguro no cubren esta parte, así que esté preparado(a) para pagar una cuota de \$85 por el servicio de refracción, además de su copago y/o deducible.

IMÁGENES RETINIANAS OPTOMAP

Para brindar el nivel más alto de atención médica, nuestros doctores utilizan equipo de imágenes retinianas de última generación para obtener una imagen panorámica de la superficie de su retina. Estas imágenes ayudan a su doctor a evaluar la salud de sus ojos y detectar condiciones como degeneración macular, glaucoma y desprendimientos de retina; estos problemas pueden amenazar la visión sin aviso ni síntomas. Estas imágenes también pueden ayudar a su doctor a detectar problemas graves de salud no relacionados con los ojos, como diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, algunos tipos de cáncer y trastornos autoinmunes. Actualmente, Medicare y la mayoría de las compañías de seguro no cubren este tipo de imagen retiniana, así que esté preparado(a) para pagar una cuota de \$49 por este servicio.

RYZUMVI

Las gotas para revertir la dilatación están disponibles como un servicio opcional no cubierto. Los pacientes pueden elegir comprar estas gotas por una cuota de \$20 para acortar el tiempo de recuperación de la dilatación. Si se eligen, este producto es un gasto de bolsillo y no se puede facturar al seguro.

CARGO POR NO PRESENTARSE

Cualquier paciente que no avise con al menos 24 horas de anticipación antes de cancelar o reprogramar su cita programada recibirá un cargo de \$50 que se aplicará a su cuenta con AECC.



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Doy mi consentimiento para que mi información médica se divulgue a profesionales de la salud o entidades fuera de Advanced Eye Care Center para fines de tratamiento, facturación y otras operaciones de atención médica. Este consentimiento permanecerá vigente a menos que sea revocado.

Acepto que se comparta mi información médica con cualquier familiar, amigo u otra persona que yo nombre a continuación. Si no estoy de acuerdo, solicitaré una 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 expediente médico.

Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____
Nombre _____	Relación _____

ACUSE DE RECIBO

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a mi satisfacción. Si no soy el/la paciente identificado(a) en la etiqueta de este formulario, declaro que estoy autorizado(a) por la ley para aceptar estas condiciones en nombre del/de la paciente y que soy su representante autorizado(a).

_____	Fecha _____
Firma del/de la paciente o persona autorizada	

Relación con el/la paciente si el/la paciente no firma

Cuestionario de Antecedentes Médicos

Nombre del paciente _____

Médico de atención primaria _____ Médico que lo/la refirió _____

Por favor enumere todas las alergias a medicamentos

Sin alergias conocidas a medicamentos

Alergia a	Gravedad de la reacción		
	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave
	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave
	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Grave

Antecedentes oculares

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salud ocular normal | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hipermetropía (ve de lejos) | <input type="checkbox"/> Miopía (ve de cerca) |
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo perezoso) | <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética | <input type="checkbox"/> Iritis | <input type="checkbox"/> Neuritis óptica |
| <input type="checkbox"/> Afaquia | <input type="checkbox"/> Ojo seco | <input type="checkbox"/> Queratocono | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina |
| <input type="checkbox"/> Astigmatismo | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | |

Otro _____

Cirugías oculares

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin cirugía ocular previa | <input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño | <input type="checkbox"/> Tapones lagrimales | <input type="checkbox"/> Trabeculectomía (cirugía de glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> Blefaroplastia | <input type="checkbox"/> Cirugía láser de retina | <input type="checkbox"/> RK | <input type="checkbox"/> Vitrectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de catarata | <input type="checkbox"/> LASIK | <input type="checkbox"/> Cirugía de estrabismo (músculo ocular) | |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de córnea | <input type="checkbox"/> PRK | | |

Otro _____

Enfermedades sistémicas

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin antecedentes de enfermedades | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Polimialgia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea | | | |

Otro _____

Cuestionario de Antecedentes Médicos

Enumere todas las cirugías previas

Procedimiento _____ Año _____

Procedimiento _____ Año _____

Procedimiento _____ Año _____

Procedimiento _____ Año _____

Enumere todos los medicamentos que toma, incluidos con receta, de venta libre (OTC), vitaminas, tópicos, suplementos y gotas para los ojos

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Motivo de uso

Antecedentes familiares

- Diabetes Cataratas Degeneración macular
 Ceguera Glaucoma

Evaluación de estilo de vida y visión

¿Usa lentes? Sí No

¿Usa lentes de contacto? Sí No

Marque las siguientes actividades que realiza regularmente

- Leer periódico/libro Computadora Manejar
 Cocinar Jugar cartas/dominó Computadora
 Arte/Pintura Golf/Tenis Leer
 Manejar de noche Costura/Bordado

Si trabaja, ¿cuál es su ocupación y algunas de sus tareas diarias relacionadas con el trabajo?

Si tuviera que usar lentes o lentes de contacto después de la cirugía, ¿para qué actividad estaría más dispuesto(a) a usarlos?

- Leer letra pequeña Computadoras TV/Manejar

¿Cómo describiría su personalidad?

- Tranquilo(a) Intermedio(a) Meticuloso(a)/Detallado(a)

