

Información del Paciente

Apellido del Paciente		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de Soltera	
Dirección (Calle o Casilla de Correo)				Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono (Casa)		Teléfono (Celular)		Teléfono (Trabajo)		Correo Electrónico	
Sexo (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento	Edad	Número de Seguro Social		Numero de Licencia	
Estado Civil (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				Nombre Completo del Esposo/Esposa (Si es aplicable)			
Raza (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____				¿El paciente reside en un centro de enfermería especializada o rehabilitación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es así, nombre de la instalación	
Empleador						Ciudad	Número de Teléfono
Dirección del Empleador				Proveedor de Atención Primaria		Número de Teléfono	
Contacto de Emergencia		Número de Teléfono		Nombre del Médico Remitente		Número de Teléfono	

Complete esta sección si el paciente es menor de edad o tiene tutor legal.

Persona Responsable

Apellido del Responsable		Primer Nombre		Segundo Nombre		Correo Electrónico	
Dirección (Calle o Casilla de Correo)				Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono (Casa)		Teléfono (Celular)		Teléfono (Trabajo)			
Sexo (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento	Edad	Número de Seguro Social		Número de Licencia	

Información del Seguro y el Suscriptor

Compañía de Seguro Médico Principal			Fecha Efectiva			Compañía de Seguro Médico Secundario			Fecha Efectiva		
Dirección postal de reclamos (Calle o Casilla de Correo)						Dirección postal de reclamos (Calle o Casilla de Correo)					
Ciudad		Estado	Código Postal			Ciudad		Estado	Código Postal		
Numero de Póliza			Numero de Grupo			Numero de Póliza			Numero de Grupo		
Nombre del Suscriptor de la Póliza			Fecha de Nacimiento			Nombre del suscriptor de la póliza			Fecha de Nacimiento		
Número de Seguro Social del Suscriptor			Relación con el/la paciente			Número de Seguro Social del Suscriptor			Relación con el/la paciente		
Empleador del Suscriptor			Teléfono (Trabajo)			Empleador del Suscriptor			Teléfono (Trabajo)		
Dirección del empleador del Suscriptor (Calle o Casilla de Correo)						Dirección del empleador del Suscriptor (Calle o Casilla de Correo)					
Ciudad		Estado	Código Postal			Ciudad		Estado	Código Postal		

Farmacia

Farmacia preferida		Dirección de la Farmacia preferida		Número de Teléfono de la Farmacia	
--------------------	--	------------------------------------	--	-----------------------------------	--

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal

Fecha

Consentimiento para Tratar y Responsabilidad Financiera

Consentimiento para Tratar BEA_NP_F101

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Bloomfield Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, y otros empleados y miembros del personal a hacer evaluaciones médicas y cuidar al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Yo entiendo que, al no firmar este consentimiento, el/la paciente no recibirá atención médica, excepto en el caso de una emergencia.

Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal

Fecha

Complete esta sección SÓLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal

Doy mi consentimiento a _____ para autorizar la evaluación y tratamiento para el/la paciente identificado(a) anteriormente en caso de yo no estar disponible. Entiendo que esto autoriza a la persona anteriormente mencionada a conceder los procedimientos médicos y quirúrgicos e inmunizaciones para el/la paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito.

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal

Fecha

Responsabilidad Financiera BEA_NP_F102

Por la presente autorizo a Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Bloomfield Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, a solicitar beneficios en mi nombre y para el pago de los beneficios médicos directamente a ARC por los servicios prestados. Yo solicito que los pagos de Medicare, Medigap y/o alguna otra aseguradora se realicen directamente a ARC. Autorizo para que la información contenida en el registro médico del paciente o de la aseguradora del paciente (o sus empleados o agentes) sea proporcionada según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos por las aseguradoras del paciente. Estoy de acuerdo que todos los montos se deben pagar cuando sean solicitados y sean pagados a ARC. Además, entiendo que, si el saldo de mi cuenta se vuelve moroso y es enviado a un cobrador, acepto pagar 30% más del saldo o \$50 USD, lo que sea mayor. También entiendo que se aplicará un cobro de \$35 si mi banco devuelve el cheque.

La duración de esta autorización es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Entiendo que, al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios, antes de que sean prestados.

Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal

Fecha

**Preferencias del Paciente Con Respecto a la
 Comunicación de PHI (Información de Salud Protegida)**

Número de Cuenta: _____

Método Preferido de Comunicación BEA_NP_F104

Si, yo quiero que Associated Retinal Consultants, LLC (“ARC”) dba Bloomfield Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, comunique mi información conmigo a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información segura.

Mi método preferido de comunicación con respecto a mis **condiciones médicas y/o información de citas** se indica a continuación:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono (Casa) | <input type="checkbox"/> Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Teléfono (Trabajo) |
| <input type="checkbox"/> Carta enviada por correo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, haga una de las siguientes cosas (**por favor escoja UNA**):

- Dejar un mensaje con información detallada.
- Dejar un mensaje solamente con un número de teléfono para llamar.

Si el método de comunicación anterior es por **correo electrónico**, por favor considere las implicaciones de privacidad; como, por ejemplo, alguna otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico, tal como su empleador, que puede tener el derecho y/o la habilidad para revisar todo el correo recibido en su correo electrónico del trabajo.

Por favor déjenos saber si usted tiene instrucciones especiales o solicitudes con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, déjenos saber si le gustaría que lo/la llamáramos a un número de teléfono diferente para un resultado de examen específico o si no desea que lo/la contactemos en absoluto.

Contactos Aprobados para HIPAA BEA_NP_F105

Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes es importante para nosotros, y por defecto solamente revelaremos la información relacionada con la cuenta de facturación y las condiciones médicas del paciente al paciente o tutor legal.

Si le gustaría agregar contactos adicionales, fuera del paciente o tutor legal, al que ARC pueda revelar este tipo de información, por favor complete las casillas a continuación, y seleccione las casillas apropiadas según su aprobación para cada persona que haya incluido. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que sea revocada por escrito.

_____ Nombre del Contacto	_____ Relación con el Paciente	_____ Teléfono del Contacto	_____ Fecha de Finalización
<input type="checkbox"/> Información de la cuenta de facturación	<input type="checkbox"/> Información de la condición médica	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	

Notas Adicionales: _____

_____ Nombre del Contacto	_____ Relación con el Paciente	_____ Teléfono del Contacto	_____ Fecha de Finalización
<input type="checkbox"/> Información de la cuenta de facturación	<input type="checkbox"/> Información de la condición médica	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	

Notas Adicionales: _____

BEA_NP_F107

Aviso de Practicas de Privacidad y Acuse de Recibo

Nombre del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

El Aviso de Prácticas de Privacidad describe como la información de salud protegida (PHI) sobre usted puede ser utilizada y revelada, y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revisar cuidadosamente.

Associated Retinal Consultants, LLC (“ARC”) dba Bloomfield Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, está obligado por ley a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso, que describe las practicas de privacidad de información de salud de nuestra Práctica, su personal médico y proveedores de atención medica afiliados que conjuntamente realizan actividades y operaciones comerciales con nuestra Practica. “Información de Salud Protegida” (PHI), es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo a usted, así como información genética, e información que se relacione con su salud física o mental del pasado, presente o futuro y servicios relaciones a la salud.

En ____/____/____ Yo, _____, recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta Oficina.
(Fecha de Hoy) (Nombre del Paciente)

Letra de IMPRENTA por favor

Firma

Fecha

Solo para Uso de la Oficina

Intentamos obtener un reconocimiento de recibo por escrito de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se rehusó a firmar
- La barrera de comunicación prohibió obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otra (Por favor Especificar)

Este formulario de reconocimiento formará parte de su registro médico permanente.

Nombre del Paciente:		Fecha: / /	
¿Qué problema ocular lo trae acá?			
¿Cuándo fue su último examen de visión?	/ /	Oftalmólogo	
¿Qué le dijo su doctor?			

SI NO

¿Usa gafas para la visión?					
¿Usa lentes de contacto?			¿Si es así, cuando fue la última vez que fueron cambiados?		
¿Tiene glaucoma?			¿Si es así, cómo se está tratando?		
¿Ha tenido cirugía de cataratas?			¿Si es así, cual ojo?	Fecha de Cirugía	¿Nombre del Cirujano?
			Ojo Izquierdo	/ /	
¿Ha tenido otra cirugía?			Ojo Derecho	/ /	
<i>Por favor enumere los detalles a continuación.</i>					

Historial Médico – Historial Social

Apellido del Doctor	Primer Nombre	Teléfono		
Dirección (Calle o Casilla de Correo)		Ciudad	Estado	Código Postal

¿Alguna vez ha sufrido alguna de las siguientes?

	SI	NO	FECHA
¿Nació prematuro?			
¿Historial de pérdida de peso, fiebre?			
¿Dolores de cabeza, sinusitis, amigdalitis?			
¿Condición del corazón?			
¿Alta presión sanguínea?			
¿Problemas de circulación?			
¿Enfermedad pulmonar?			
Enfermedad de úlceras, hígado, ¿o vesícula?			
¿Fuma?			
¿Consumo alcohol?			
Enfermedad de los riñones, vejiga o próstata?			

	SI	NO	FECHA
¿Enfermedad de las articulaciones?			
¿Enfermedad de la piel o cáncer de seno?			
¿Derrame o enfermedad neurológica?			
¿Historial de enfermedad psicológica?			
¿Enfermedad de tiroides?			
¿Diabetes?			
¿Fecha de los últimos resultados de azúcar en la sangre?			
¿Trastorno hemorrágico, anemia?			
¿Sida o enfermedad infecciosa?			
¿Cáncer?			

Enumere **TODOS** los Medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo las gotas para los ojos:

Enumere **TODAS** las alergias a medicamentos:

HISTORIAL FAMILIAR

Hay antecedentes familiares de	SI	NO	
¿Cataratas?			Pariente: _____
¿Glaucoma?			Pariente: _____
¿Enfermedad de la Retina?			Pariente: _____
¿Diabetes?			Pariente: _____
¿Hipertensión?			Pariente: _____
¿Anemia?			Pariente: _____
¿Otra enfermedad ocular o sistemática?			Pariente: _____

Nombre del Paciente:	Fecha: / /
-----------------------------	--------------------------

¿Tiene algún problema en las siguientes áreas?

SI NO

SI NO

GENERAL					GASTROINTESTINAL / GENITOURINARIO				
Fiebre					Vómitos				
Fatiga					Deposiciones Sanguinolentas				
Perdida/Aumento de Peso					Acidez				
Resfriados Frecuentes					Pérdida de Apetito				
OJOS					MUSCULOESQUELETICO				
Visión Borrosa					Dolor Muscular				
Visión Doble					Dolor de Articulaciones, Artritis				
Enrojecimiento					INTEGUMENTARIO				
Sensación Arenosa					Salpullido, Moretones fácilmente				
Puntos Ciegos					Enfermedad del Seno				
Flotadores					NEUROLOGICO				
Destellos					Desmayos, Dolores de Cabeza frecuentes				
Ojo Perezoso					Convulsiones				
Picazón / Quemazón					PSIQUIATRICO				
Exceso de Lagrimas					Depresión				
Resplandor / Sensibilidad					Ansiedad				
Dolor en el Ojo					Problemas Psiquiátricos				
Infección Crónica en el Ojo / Parpado					ENDOCRINO				
OÍDOS, NARIZ & GARGANTA					HEMATOLOGICO / LINFATICO				
Infección Sinusal					Glándulas Hinchadas				
Tos					ALERGICO / INMUNOLOGICO				
Problemas al Caminar					Alergias Estacionales				
Ronquera					Fiebre del Heno (Rinitis Alérgica)				
Pérdida Auditiva					OTRO				
Hemorragias Nasales					Embarazo				
CORAZÓN					Menopausia				
Dolor de Pecho					Sangrado Vaginal				
Latidos Irregulares del Corazón					Nódulos o Bultos en los Senos				
Marcapasos									
Soplo en el Corazón									
Pies / Tobillos Hinchados									
Calambres en las piernas cuando camina									
PULMONES									
Sibilancia, Dificultad para Respirar									
Tos con Sangre / Flema									

COMENTARIOS CON RESPECTO A LAS RESPUESTAS ANTERIORES: (Letra de IMPRENTA por favor)