

Información del paciente

Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre	Nombre de soltera
Domicilio (calle o casilla)		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo	Correo electrónico
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Pronombres <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: Especifique: _____
Identidad de género (seleccionar una opción) <input type="checkbox"/> Se identifica como masculino. <input type="checkbox"/> Se identifica como femenino. <input type="checkbox"/> Género no conforme/no binario. <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar.		Orientación sexual (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especificar _____ <input type="checkbox"/> No lo sé. <input type="checkbox"/> Elige no divulgar.	
Estado civil (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Desconocido		Raza (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u originario de una isla del Pacífico <input type="checkbox"/> De color o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	
Origen étnico (Marque una opción) <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino		Nombre del empleador	Domicilio del empleador
¿El paciente reside en un centro de enfermería especializada/centro de rehabilitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es afirmativa, nombre del centro	Ciudad: Número de teléfono:
Nombre del médico de atención primaria		Número de teléfono	
Contacto de emergencia y parentesco	Número de teléfono	Nombre del médico de la remisión	Número de teléfono

Parte responsable

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o tiene un tutor legal.			
Apellido de la parte responsable	Nombre	Segundo nombre	Correo electrónico:
Domicilio (calle o apartado postal)		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono particular		Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo
Parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Otro (especificar)		Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social

Información del seguro y del suscriptor

Compañía de seguros PRIMARIA		Fecha de entrada en vigencia	Compañía de seguros SECUNDARIA		Fecha de entrada en vigencia
Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)			Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo		Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo	
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento		Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	
Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente		Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente	
Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo		Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo	
Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)			Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal

Farmacia

Nombre de la farmacia preferida	Domicilio de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia
Nombre de la farmacia de envío por correo	Domicilio de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia

Seguro Oftalmológico (si corresponde)

Plan oftalmológico Información del seguro y del suscriptor

Compañía de seguros del PLAN OFTALMOLÓGICO		Fecha de entrada en vigencia
Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo	
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	
Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente	
Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo	
Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

**Consentimiento para el Tratamiento y la
Responsabilidad Financiera**

*Nuevo paquete para
paciente modificado el 11/09/23*

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, enfermeros profesionales y otros empleados y miembros de personal a prestar evaluaciones médicas y atención al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en el caso de una emergencia.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

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

Doy mi consentimiento para que _____ autorice la evaluación y el tratamiento del paciente identificado anteriormente cuando no estoy disponible. Comprendo que esto autoriza a las personas anteriores a consentir los procedimientos médicos y quirúrgicos, y las vacunas para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

Firma del paciente, padre, madre 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 el pago de los beneficios médicos directamente a ARC por los servicios prestados. Solicito que los pagos de Medicare, Medigap o cualquier otra compañía de seguros se realicen directamente a ARC. Se otorga la autorización para divulgar la información contenida en el registro médico del paciente o en la compañía de seguros médicos del paciente (o sus empleados o agentes) según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Acepto que todos los montos se deben pagar si se solicitan y son pagaderos a ARC.

La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios antes de que se presten los servicios.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Método de comunicación preferido BEA_NP_F104

Sí, deseo que Associated Retinal Consultants, LLC (“ARC”) dba Bloomfield Eye Associates un afiliado de PRISM Vision Group, me comunique mi información a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información a salvo.

Mi método de comunicación preferido con respecto a mis **afecciones médicas o información sobre citas** se indica a continuación:

Teléfono particular Teléfono celular Correo electrónico Carta por correo Guardian

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, haga uno de los siguientes (**marque UNO**):

- Deje un mensaje con información detallada.
- Deje un mensaje con un número de devolución de llamada solamente.

Si el método de comunicación mencionado anteriormente es por **correo electrónico**, considere las implicaciones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su dirección de correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener el derecho o la capacidad de revisar todo el correo electrónico recibido en su dirección laboral.

Informe a nuestra oficina si tiene instrucciones o solicitudes especiales con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, avísenos si desea que le llamemos a un número de teléfono diferente para obtener un resultado específico de la prueba o si no desea que nos comuniquemos con usted en absoluto.

Contactos aprobados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) BEA_NP_F105

Mantener la información de nuestro paciente en privado es importante para nosotros, y por defecto divulgaremos información relacionada con la cuenta de facturación y las afecciones médicas del paciente solo al paciente o tutor legal.

Si desea añadir contactos adicionales, que no sean el paciente o el tutor legal, que Associated Retinal Consultants, LLC (“ARC”) dba Bloomfield Eye Associates un afiliado de PRISM Vision Group, está autorizado a revelar este tipo de información, por favor complete los campos de abajo y seleccione las casillas de verificación apropiadas basadas en su aprobación para cada persona que ha enumerado. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque por escrito lo contrario.

Nombre de contacto	Parentesco con el paciente	Número de teléfono de contacto	Fecha de finalización
--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------

- Información sobre la cuenta de facturación Información sobre la afección médica Contacto de emergencia

Notas adicionales: _____

Nombre de contacto	Parentesco con el paciente	Número de teléfono de contacto	Fecha de finalización
--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------

- Información sobre la cuenta de facturación Información sobre la afección médica Contacto de emergencia

Notas adicionales: _____

BEA_NP_F107

Aviso de prácticas de privacidad y acuse de recibo.

Nombre del paciente _____

Fecha: ____/____/____

El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica protegida sobre usted, y cómo puede obtener acceso a esta información. Revise detenidamente.

Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Bloomfield Eye Associates un afiliado de PRISM Vision Group, está obligada por ley a proteger la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad, y a proporcionarle una copia de este aviso, el cual describe las prácticas de privacidad de la información médica de nuestro consultorio, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados que realizan conjuntamente actividades de pago y operaciones comerciales con nuestro consultorio. La «información médica protegida» es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo, así como información genética, e información que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de atención médica relacionados.

El ____/____/____ yo, _____, recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.
(Fecha de hoy) (Nombre del paciente)

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____

Fecha _____

* El Aviso de prácticas de privacidad de Bloomfield Eye Associates se puede buscar en nuestro sitio web:
<https://bloomfieldeyenj.com>

Solo para uso del consultorio

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener un acuse de recibo porque:

- La persona se negó a firmar.
- Las barreras de comunicación prohíben la obtención del acuse de recibo.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- Otro (especificar)

Este formulario de acuse de recibo pasará a formar parte de su registro médico permanente.

Cuestionario Médico/Antecedentes Oculares

BEA_NP_F108

Nombre del paciente:		Fecha		/	/
¿Qué problema ocular lo trae por aquí?					
¿Cuándo fue su último examen ocular?	/	/	Oftalmólogo		
¿Qué le dijo su médico?					
SÍ NO					
¿Usa gafas para la visión?					
¿Usa lentes de contacto?			Si es así, ¿cuándo los cambió por última vez?		
¿Tiene glaucoma?			Si es así, ¿cómo se está tratando?		
¿Se ha sometido a una cirugía de cataratas?			Si es así, ¿qué ojo?	Fecha de la cirugía	Nombre del cirujano
			Ojo izquierdo	/	/
			Ojo derecho	/	/
¿Se sometió a otra cirugía? Indique los detalles a continuación.					

Antecedentes médicos: Antecedentes Sociales

¿Alguna vez ha sufrido alguno de los siguientes?

	SÍ	NO	Comentario
¿Nació de manera prematura?			
¿Antecedentes de pérdida de peso, fiebre?			
¿Dolores de cabeza, sinusitis, amigdalectomía?			
¿Afección cardíaca?			
¿Presión arterial alta?			
¿Problemas circulatorios?			
¿Enfermedad pulmonar?			
Úlceras, enfermedad del hígado, la vejiga?			
¿Fuma?			
¿Bebe?			
¿Enfermedad renal, de la vejiga y de la próstata?			

	SÍ	NO	Comentario
¿Enfermedad de las articulaciones?			
¿Enfermedad de la piel o cáncer de mama?			
¿Accidente cerebrovascular o enfermedad neurológica?			
¿Antecedentes de enfermedades psicológicas?			
¿Enfermedad de la tiroides?			
¿Diabetes?			
Fecha de los últimos resultados del azúcar en la sangre:			
¿Trastorno hemorrágico, anemia?			
¿Sida o enfermedades infecciosas?			
¿Cáncer?			

Enumere **TODAS** las medicaciones que toma actualmente, incluidas las gotas para ojos:

Enumere **TODAS** las alergias, incluidas las medicaciones:

HISTORIAL FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de	SÍ	NO	Parentesco:
cataratas?			
glaucoma?			
enfermedad de la retina?			
diabetes?			
hipertensión?			
anemia?			
otra enfermedad ocular o sistémica?			

Cuestionario de Antecedentes Médicos/Revisión de Síntomas

BEA NP F109

Nombre del paciente:	Fecha / /
----------------------	---

¿Tiene algún problema en las siguientes áreas? Marque todas las opciones correspondientes.

SÍ NO

SÍ NO

GENERAL			
Fiebre			
Fatiga			
Pérdida/Aumento de peso			
Resfriados frecuentes			
OJOS			
Visión borrosa			
Visión doble			
Enrojecimiento			
Sensación arenosa o áspera			
Puntos ciegos			
Miodesopsias			
Destellos			
Ambliopía			
Picazón/ardor			
Lagrimeo en exceso			
Sensibilidad al reflejo/a la luz			
Dolor ocular			
Infección crónica de ojos, párpados			
ORL: Oído, nariz y garganta			
Sinusitis			
Tos			
Dificultad para caminar			
Ronquera			
Pérdida de la audición			
Sangrados nasales			
CORAZÓN			
Dolor en el pecho			
Ritmo cardíaco irregular			
Marcapaso			
Soplo cardíaco			
Pies/tobillos inflamados			
Calambres en las piernas al caminar			
PULMONES			
Sibilancia, dificultad para respirar			
Tos con sangre/Mucosidad			

Gastrointestinal/Genitourinario			
Vómitos			
Evacuación intestinal con sangre			
Acidez estomacal			
Pérdida del apetito			
Dificultad para orinar			
Sangre en orina			
Micción frecuente			
Dolor al orinar			
MUSCULOESQUELÉTICO			
Dolor muscular			
Dolor en las articulaciones, artritis			
INTEGUMENTARIO			
Sarpullido, magulladura con facilidad			
Enfermedad mamaria			
NEUROLÓGICO			
Dolores de cabeza frecuentes y con desmayos			
Convulsiones			
PSIQUIÁTRICO			
Depresión			
Ansiedad			
Problemas psiquiátricos			
ENDOCRINO			
Sed excesiva			
Sudoración excesiva			
HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO			
Glándulas inflamadas			
ALERGIAS/INMONOLÓGICO			
Alergias estacionales			
Rinitis alérgica			
OTRO			
Embarazada			
Menopausia			
Hemorragia vaginal			
Bultos en los senos			

COMENTARIOS RELACIONADOS CON RESPUESTAS ANTERIORES: (IMPRIMIR)
