

---

1. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha\_

2. Dirección Postal\_

3. Ciudad Estado Código postal

4. Fecha de Nacimiento / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad Sexo (marcar uno): M / F

5. Número de seguro social Número de licencia de conducir

6. Teléfono celular Teléfono particular Teléfono laboral\_

7. Dirección de correo electrónico\_

8. Ocupación Empleador

Dirección/Teléfono

9. Estado civil (marcar uno): soltero casado viudo divorciado

Nombre del cónyuge\_

Fecha de Nacimiento / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de Seguro Social

10. Complete si tiene menos de 18 años o es estudiante:

Nombre del padre Empleador\_

Dirección/Teléfono\_

Fecha de Nacimiento / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de Seguro Social\_

Nombre de la madre Empleador\_

Dirección/Teléfono\_

Fecha de Nacimiento / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de Seguro Social\_

11. Fuente de Derivación (Paciente, Médico, Aviso)

12. Aseguradora Principal

Número del Plan Número de Grupo

Segunda Aseguradora Número del Plan Número del Grupo

Nombre del Subscriptor

Pago Seguro

Empleador Número de teléfono\_

13. A quien contactar en caso de emergencia:

Nombre Relación

Teléfono principal\_

14. Número de teléfono preferido de recordatorio de turno

15. ¿Tenemos permiso para dejar un mensaje de voz o mensaje de texto para turno o actualizaciones de prueba?

\_ SÍ NO Firme con sus iniciales\_

---

Firma de la parte responsable

---

Firma del Paciente

---

Fecha

Nombre	Fecha
Fecha de Nacimiento	Fecha del <b>último examen ocular</b>
Indique los medicamentos que utiliza actualmente (radiografía y genéricos).	
<hr/> ¿Tiene alergia a algún medicamento? <b>SÍ</b> <b>NO</b>	
Si la respuesta <b>es Sí o AFIRMATIVA</b> , indique los medicamentos.	
Enumere todas las enfermedades principales (glaucoma, diabetes, hipertensión arterial, infarto, etc.) o lesiones (concusión, etc.).	
<hr/> Enumere las cirugías que ha tenido (catarata, apendicetomía, etc.).	

**¿Tiene problemas en las áreas siguientes? Si la respuesta es AFIRMATIVA, presente información adicional.**

	SÍ	NO	DETALLES
<b>OJOS</b> (mala visión, dolor en ojo, colorado, que desgarra, rojez)			
<b>CONSTITUCIÓN GENERAL</b> (fiebre, apoplejía, pérdida de peso, aumento de peso, inusualmente cansado)			
<b>OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</b> (dificultad para escuchar, nariz congestionada, dolor de oído, tos, boca seca, etc.)			
<b>CARDIOVASCULAR</b> (hipertensión arterial, pulso acelerado, etc.)			
<b>RESPIRATORIO</b> (congestión, sibilante, insuficiencia respiratoria, etc.)			
<b>GASTROINTESTINAL</b> (trastorno estomacal, diarrea, constipación, hernia, úlceras, etc.)			
<b>GENITAL, RIÑÓN, VEJIGA</b> (micción dolorosa, orina frecuente, impotencia, ictericia o piel amarilla, etc.)			
<b>MUJERES</b> ¿Están embarazadas? ¿Lactantes?			
<b>MÚSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES</b> (dolor en articulación, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.)			
<b>PIEL</b> (Granitos, verrugas, crecimientos, erupción, etc.)			
<b>NEUROLÓGICO</b> (entumecimiento, cefalea, convulsiones, parálisis, etc.)			
<b>PSIQUIÁTRICO</b> (Ansiedad, depresión, insomnio)			
<b>ENDÓCRINO</b> (Diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
<b>SISTEMA LINFÁTICO EN SANGRE</b> (sangrado, colesterolemia, anemia, problemas relativos a la transfusión de sangre, etc.)			
<b>ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO</b> (estornudos, hinchazón, rojez, picazón, urticaria, Lupus, etc.)			

**ANTECEDENTES FAMILIARES (Madre, padre, abuelos, hermano)**

¿Algún familiar experimentó estas enfermedades (indique todo lo que corresponda)?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO SE SABE</b>
<b>Ceguera, cataratas, glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, apoplejía, cáncer, hipotiroidismo, artritis, otros:</b> <hr/>			

**ANTECEDENTES SOCIALES**

¿Su visión limita las actividades diarias (manejar, leer, deportes, trabajo, etc.)?.....	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Alguna vez tuvo una transfusión sanguínea?.....	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Bebe alcohol?.....	<b>SÍ</b> <b>NO</b>	Si la respuesta es AFIRMATIVA, ¿cuánto?_
¿Fuma?.....	<b>SÍ</b> <b>NO</b>	Si la respuesta es AFIRMATIVA, ¿cuánto? ¿Durante cuántos años?_

Firma del médico

Fecha

Una de las partes más importantes de su examen ocular hoy es el servicio de refracción. Este es el examen que realizamos cuando usted observa una gráfica optométrica a través de múltiples juegos de lentes, hasta encontrar la receta de anteojos o lentes de contacto que le permite ver de manera óptima. La refracción también proporciona información importante sobre la función de sus ojos y puede alertarnos sobre cualquier problema que esté relacionado con una disminución en la agudeza visual.

Lamentablemente, los seguros médicos NO cubren este servicio, pues han determinado que no es “médicamente” necesario. No obstante, si tiene seguro de visión que cubre este servicio (como Tricare Prime, Medical Eye Service - MES, o Vision Service Plan - VSP), la refracción ES un servicio contemplado y cubierto. Verifique con su asegurador o con el Departamento de Recursos Humanos para la elegibilidad y la información de beneficios.

Nuestro honorario por refracción es de \$50.00, y a menos que tenga un seguro de visión que cubra el gasto de la refracción, este arancel se adeuda al momento del servicio aparte de cualquier pago que requiera su plan.

Firme con sus iniciales a continuación:

- Sí, presto mi consentimiento para recibir el servicio de refracción. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo si no tengo un seguro de visión que cubra esto.

- No, no presto mi consentimiento para recibir el servicio de refracción. Comprendo que el médico puede no tener acceso completo a la salud y función de mis ojos.

---

Nombre en letra imprenta

---

Firma

---

Fecha

Comprendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996, "HIPAA", tengo determinados derechos a la privacidad relativos a mi información de salud protegida. Comprendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los diferentes proveedores de atención de salud que pueden estar implicados en ese tratamiento en forma directa o indirecta.
- Obtener el pago de mi pagador designado.
- Conducir las operaciones de atención de salud normales, como evaluaciones de control de calidad y certificaciones del médico.

He recibido, leído y comprendo su *Notificación de Prácticas de Privacidad* que contienen una descripción más completa de los usos y las divulgaciones de mi información de salud. Comprendo que esta organización tiene el derecho de modificar su *Notificación de Prácticas de Privacidad* de manera eventual y puede comunicarme con esta organización en cualquier momento a la dirección antes indicada para obtener una copia actual de la *Notificación de Prácticas de Privacidad*.

Comprendo puedo solicitar por escrito que limite la forma de usar y divulgar mi información privada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud. Asimismo, comprendo que no es necesario que esté de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces debe cumplir y sujetarse a dichas restricciones.

Nombre del paciente:

Relación con paciente:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

SOLO USO INTERNO

\_\_\_\_\_  
**OFFICE USE ONLY**  
\_\_\_\_\_

Intenté obtener la firma del paciente como acuse de recibo de esta notificación de Aceptación de las Prácticas de Privacidad, pero no pude hacer esto, conforme se documenta a continuación.

Fecha:	Iniciales:	Razón:
--------	------------	--------

Nombre del Beneficiario (*en letra imprenta*)

Número de Medicare / Seguro Privado

1. MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se realicen en nombre del *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* por los servicios proporcionados por el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen*. Autorizo a cualquier titular de mi información médica a divulgar a los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (anteriormente, Health Care Financing Administration) y sus agentes toda la información que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagados por los servicios relacionados. Comprendo que mi firma es requerida para que el pago se realice y autorizo la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otro seguro de salud está contemplado en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados, mi firma autoriza la divulgación de información al asegurador o agencia indicada. *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* aceptan la determinación del gasto de la operadora de Medicare como gasto completo y soy responsable solo del deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y deducible se basan en la determinación del gasto del Operador Medicare.

2. MEDIGAP: Comprendo que si una política de MediGap u otro seguro de salud se indica en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otro lugar en los formularios de reclamo aprobados, mi firma autoriza la divulgación de información al asegurador o agencia indicada. Solicito que el pago de los beneficios de seguro secundario autorizados se lleven a cabo en mi nombre al *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen*, si es posible o de otra manera, a mí.

3. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: El *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* pueden divulgar todo o parte de mis registros médicos y/o información financiera, incluso la información relativa al abuso de drogas y alcohol, enfermedad psiquiátrica, enfermedad contagiosa o VIH a cualquier persona o sociedad (1) que es o pueda ser responsable o esté bajo contrato con *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* para el reintegro de los servicios prestados, y, (2) cualquier proveedor de atención de salud para una atención continua del paciente. Asimismo, pueden divulgar de manera anónima toda la información relativa a mi caso, que sea necesaria o adecuada para el progreso de la ciencia médica, la educación médica, investigación médica, para la recopilación de datos estadísticos o conforme la ley, estatuto o reglamentación estatal o federal. Una copia de esta autorización puede usarse en lugar del original.

4. OTROS SEGUROS: Comprendo que *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* no tienen contratos, expresos ni implícitos, con ningún plan que el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* no haya contratado. El que suscribe comprende que estoy obligado de forma individual a pagar todos los gastos de todos los servicios prestados por *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* si pertenezco a un plan que el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* no haya contratado.

5. SERVICIOS NO CUBIERTOS: Comprendo que *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* contrata con planes de servicio de atención médica (es decir, HMO, PPO) relativos solo a los puntos y servicios que están "cubiertos" por los planes de servicio de atención de salud. De igual manera, el que suscribe acepta toda la responsabilidad financiera por todos los puntos y servicios, que se determinan por los planes de servicio de atención médica que no están cubiertos. Los ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, los servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicio de atención de salud o en el resumen de beneficios que el plan de servicio de atención de salud proporciona al paciente y el tratamiento o las pruebas no autorizadas por el plan de servicio de atención de salud. El que suscribe acuerda cooperar con el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* para obtener las autorizaciones del plan de servicio de atención de salud que sean necesarias.

6. ACUERDO FINANCIERO: Acuerdo que a cambio de los servicios ofrecidos al paciente por el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* pagaré mi cuenta en el momento en que se presta el servicio o haré los acuerdos financieros satisfactorios para el *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* para el pago correspondiente. Si se envía una cuenta a un abogado para su cobro, acuerdo pagar los gastos de cobranza y los honorarios razonables de abogado, conforme se establece por el tribunal y no por un jurado en cualquier demanda judicial. Comprendo y acuerdo que si mi cuenta está morosa, puedo recibir un interés a una tasa legal. Todos los beneficios de cualquier índole en virtud de cualquier política de seguro que garantiza el seguro al paciente o a cualquier parte responsable con el paciente se asignan al *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen* si se indican copagos y/o deducibles por mi aseguradora o plan de salud, acuerdo pagarlos al *Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum o Dr. Thu Nguyen*. No obstante, se entiende que el que suscribe y/o el paciente son los responsables principales del pago de mi cuenta.

Firma del Beneficiario o Parte Autorizada

Fecha

**(NO ES NECESARIO QUE ESTÉ IMPRESO Y SEA DEVUELTO. SOLO COPIA IMPRESA PARA SUS PROPIOS REGISTROS).**

ESTE AVISO O NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO DEBE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
REVÍSELA ATENTAMENTE.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996, "HIPAA") es un programa federal que requiere que se mantengan en confidencialidad todos los registros médicos y otra información de salud individualmente identificable usada o divulgada por nosotros de cualquier forma, ya sea en forma electrónica, por papel o en forma oral. Esta ley le ofrece a usted, el paciente, nuevos derechos significativos para comprender y controlar la forma en que se usa su información de salud. "HIPAA" provee sanciones para las entidades cubiertas que usan mal la información de salud personal.

Conforme se requiere por "HIPAA", hemos preparado esta explicación sobre cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes fines: tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.

- El tratamiento significa provisión, coordinación o gestión de los servicios de atención de salud o servicios relacionados por uno o más proveedores de atención de salud. Un ejemplo de esto incluiría un examen físico.
- El pago significa dichas actividades como la obtención de reintegros por servicios, la confirmación de cobertura, facturación o actividades de cobranza y revisión de uso. Un ejemplo de esto sería enviar una factura por su visita a su aseguradora para el pago.
- Las operaciones de atención de salud incluyen los aspectos comerciales de realizar nuestra práctica, como la conducción de evaluaciones de control de calidad y las actividades de mejora, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicios de atención al cliente. Un ejemplo sería la revisión de evaluación de calidad interna.

También, podemos crear y distribuir información de salud anónima sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación ser hará exclusivamente con su autorización escrita. Puede revocar esa autorización por escrito y debemos respetar y cumplir esta solicitud escrita, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acciones que se basan en su autorización.

Tiene los siguientes derechos en relación con su información de salud protegida, que pueden ejercerse al presentar una solicitud escrita al Funcionario de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de la información de salud protegida, incluso aquella relativa a las divulgaciones a familiares, otros familiares, amigos íntimos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a acordar con su restricción solicitada. Si acordamos con una restricción, debemos cumplirla, a menos que acuerde por escrito eliminarla.

(Arriba)



- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nuestra parte por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Tiene el derecho a inspeccionar y copiar la mayor parte de su información médica mantenida con nosotros. En general, proveemos acceso en el plazo de 30 días de su solicitud. Podemos cobrarle un arancel de copia razonable. En determinadas instancias limitadas, podemos negar su acceso, por ejemplo, cuando la solicitud es para notas de psicoterapia. Tiene derecho a revisar la negación del acceso a su información médica. Cualquier solicitud para inspeccionar y copiar la información médica debe realizarse al Funcionario de Privacidad.
- El derecho a modificar su información de salud protegida. Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud escrita. Por ejemplo, puede solicitar la corrección de cualquier error en sus registros. En general, podremos modificar su información en el plazo de sesenta (60) días de su solicitud. En determinadas circunstancias podemos rechazar su solicitud, como por ejemplo cuando creemos que su información no es correcta y está incompleta. Puede presentar una declaración de desacuerdo o un rechazo de su solicitud para modificar, a lo cual podemos presentar una impugnación. Envíe toda solicitud para ajustar su información médica al Funcionario de Privacidad.
- El derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de información de salud protegida.
- El derecho a obtener una copia impresa de esta Notificación.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida y a proveerle una notificación de sus deberes legales y las prácticas de privacidad en relación con la información de salud protegida.

Esta notificación está vigente a partir del 14 de abril de 2003 y debemos cumplir con los términos y las condiciones de la Notificación de Prácticas de Privacidad actualmente vigentes. Nos reservamos el derecho a modificar los términos de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad y a realizar nuevas disposiciones vigentes de la notificación para toda la información de salud protegida que mantenemos. Las copias actuales de la Notificación de Prácticas de Privacidad están disponibles a pedido.

Tiene recursos si considera que sus protecciones de privacidad han sido infringidas. Tiene derecho a presentar un reclamo escrito con nuestra oficina, o con el Departamento de Salud & Servicios Humanos, la Oficina de Derechos Civiles, sobre las infracciones de las disposiciones de esta notificación o las políticas y los procedimientos en nuestra oficina. No existirá represalia en su contra por la presentación de un reclamo.

Si desea consultar nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad más detallada, que abarca los motivos legales que podemos estar obligados a divulgar su información de salud personal, consulte en la mesa de entradas, o escríbanos a la dirección indicada a continuación.

Comuníquese con nosotros para obtener más información al enviar una carta a:

Funcionario de Privacidad  
 Centro de Ojos C/O Monterey Bay Eye Center  
 21 Upper Ragsdale Drive, Suite 200  
 Monterey, California 93940

Para obtener más información sobre HIPAA o para presentar un reclamo:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Oficina de Derechos Civiles  
 200 Independence Avenue,  
 S.W. Washington, D.C. 20201  
 Teléfono #202.619.0257  
 Teléfono gratuito: #877.696.6775