

Monterey Bay Eye Center

Information del Paciente

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: _____

Sexo: M F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono Particular: _____ Telefono Celular: _____

Podemos mandar mensajes a su celular refiriendo a su cita? SI / NO

Direccion de correo electronico: _____

Estado civil (marcar uno): Soltero Casado

Idioma preferido: _____

Raza (optional, marcar uno):

Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatico Caucasico Hispano
 Nativo de Hawai o otra isla del Pacifico Otro: _____ Negarse a proporcionar

Etnicidad (optional) : _____ Negarse a proporcionar

Empleador: _____ Telefono de Empleador: _____

Doctor Primario: _____ Doctor Referente: _____

En caso de emergencia, a quien contactamos?

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Como supiste de nosotros? Palabra de boca Asegurancia DMV Otro: _____

INTERNET: Nuestra pagina de web Facebook Google VSP AAO

PERIODICO/IMPRESO: The Carmel PineCone Herald (Directorio/HealthMatters) Yellow Pages

REFERENCIA: Doctor Referente Paciente Establecido: _____

Aseguranca Principal

Nombre del Subscriptor:

Fecha de Nacimiento: _____ **Numero de Seguro Social:** _____

Relation al Paciente: _____

Empleador de Subscriptor: _____ **Telefono:** _____

Nombre de Aseguranca:

Aseguranca Secudaria

Nombre del Subscriptor:

Fecha de Nacimiento: _____ **Numero de Seguro Social:** _____

Relation al Paciente: _____

Empleador de Subscriptor: _____ **Telefono:** _____

Nombre de Aseguranca:

Nombre

Fecha

Fecha de Nacimiento

Fecha del último examen ocular

Indique los medicamentos que utiliza actualmente (radiografía y genéricos).

¿Tiene alergia a algún medicamento? **SÍ** **NO**

Si la respuesta es **SÍ** o **AFIRMATIVA**, indique los medicamentos.

Enumere todas las enfermedades principales (glaucoma, diabetes, hipertensión arterial, infarto, etc.) o lesiones (concusión, etc.)

Enumere las cirugías que ha tenido (catarata, apendicetomía, etc.).

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

OJOS (mala visión, dolor en ojo, colorado, que desgarrar, rojez)			
CONSTITUCIÓN GENERAL (fiebre, apoplejía, pérdida de peso, aumento de peso, inusualmente cansado)			
OÍDOS, NARIZ, GARGANTA (dificultad para escuchar, nariz congestionada, dolor de oído, tos, boca seca, etc.)			
CARDIOVASCULAR (hipertensión arterial, pulso acelerado, etc.)			
RESPIRATORIO (congestión, sibilante, insuficiencia respiratoria, etc.)			
GASTROINTESTINAL (trastorno estomacal, diarrea, constipación, hernia, úlceras, etc.)			
GENITAL, RIÑÓN, VEJIGA (micción dolorosa, orina frecuente, impotencia, ictericia o piel amarilla, etc.)			
MUJERES ¿Están embarazadas? ¿Lactantes?			
MÚSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES (dolor en articulación, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.)			
PIEL (Granitos, verrugas, crecimientos, erupción, etc.)			
NEUROLÓGICO (entumecimiento, cefalea, convulsiones, parálisis, etc.)			
PSIQUIÁTRICO (Ansiedad, depresión, insomnio)			
ENDÓCRINO (Diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
SISTEMA LINFÁTICO EN SANGRE (sangrado, colesterolemia, anemia, problemas relativos a la transfusión de sangre, etc.)			
ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO (estornudos, hinchazón, rojez, picazón, urticaria, Lupus, etc.)			

ANTECEDENTES FAMILIARES (Madre, padre, abuelos, hermano)

¿Algún familiar experimentó estas enfermedades (indique todo lo que corresponda)? **SÍ** **NO** **NO SE SABE**

Ceguera, cataratas, glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, apoplejía, cáncer, hipotiroidismo, artritis, etc.

ANTECEDENTES SOCIALES

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

Firma del médico

Fecha

MONTEREY BAY EYE CENTER

POLITICA DE REFACCION

Una de las partes más importantes de su examen de la vista es el servicio de refracción. Esta es la prueba que realizamos con usted mirando una tabla optométrica a través de múltiples juegos de lentes, hasta que encontramos la receta de anteojos o lentes de contacto que le permite ver de manera óptima. La refracción también nos brinda información importante sobre la función de sus ojos y puede alertarnos sobre cualquier problema relacionado con una disminución de la agudeza visual.

Desafortunadamente, los seguros médicos **NO** cubren este servicio ya que han determinado que no es “medicamento” necesario. Sin embargo, si tiene un seguro de la vista que cubra este servicio (como Tricare Prime o Vision Service Plan-VSP), la refracción **ES** un servicio cubierto. Consulte con su compañía de seguros para obtener información sobre elegibilidad y beneficios (se pueden aplicar copagos).

Nuestra tarifa por la refracción es de **\$60.00** y, a menos que tenga un seguro de la vista que cubra el cargo de la refracción, esta tarifa debe pagarse en el momento del servicio además de cualquier copago que requiera su plan.

Seleccione y firme a continuación:

- Sí, doy mi consentimiento para recibir el servicio de refracción.** Acepto la responsabilidad financiera total por el costo si no tengo un seguro de visión que cubra esto.
- No, me niego a recibir el servicio de refracción.** Entiendo que es posible que el médico no pueda acceder por completo a la salud y el funcionamiento de mis ojos.

Imprimir nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

MONTEREY BAY EYE CENTER

ACUERDO FINANCIERO

21 Upper Ragsdale Drive,
Suite 200
Monterey, CA 93940
Teléfono #831.372.1500
F: #831.655.6493

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, Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima por los servicios proporcionados por el Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum Dra. Anna Shi o Dra. Kasey Nakajima. 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 Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima 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, Dra. Anna Shi o Dra. Kasey Nakajima, si es posible o de otra manera, a mí.

3. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** El Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum, Dra. Anna Shi o Dra. Kasey Nakajima 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, Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima 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, Dra. Anna Shi o Dra. Kasey Nakajima 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, Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima si pertenezco a un plan que el Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum, Dra. Anna Shi o Dra. Kasey Nakajima no haya contratado.

5. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Comprendo que Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum, Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima 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, Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima 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, Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima 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, Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima 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, Dra. Anna Shi o Dra. Kasey Nakajima si se indican copagos y/o deducibles por mi aseguradora o plan de salud, acuerdo pagarlos al Dr. Roger Husted, Dr. Leland Rosenblum, Dra. Anna Shi, o Dra. Kasey Nakajima. 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

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:
--------	------------	--------