

CUESTIONARIO de HISTORIA MEDICA

Nombre Del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Actualmente tiene usted cualquier problema en las áreas siguientes? Si "SI", da una explicación:

OJOS	Si	No	EXPLICACION DEL PROBLEMA
Pérdida de visión	()	()	
Visión enturbiada	()	()	
Sombras	()	()	
Flotadores	()	()	
Destellos de la Luz	()	()	
Heridas a ojos	()	()	
Visión retorcida	()	()	
¿La pérdida de visión periférica	()	()	
Glaucoma	()	()	
Cataratas	()	()	
Rojez	()	()	
Sentimiento Arenoso	()	()	
Picazon	()	()	
Sequedad	()	()	
HISTORIA PACIENTE	Si	No	EXPLICACION DEL PROBLEMA
Cardiovascular (corazón/vasos sanguíneos) inclusive cualquier historia de infartos	()	()	
La hipertensión & cuánto tiempo incluso si controlado por medicina)	()	()	
¿La diabetes & cuánto tiempo?	()	()	
Respiratorio (pulmones/respirando/T.B/el asma/enfisema	()	()	
Genitourinary (genitales/riñón/vesícula)	()	()	
Musculoesqueletal	()	()	
Dolor de músculos	()	()	
El dolor conjunto (artritis)	()	()	
Problema circulatorio	()	()	
Cáncer	()	()	
Enfermedad de tiroides	()	()	
Otro Ojo o Enfermedad Sistémica	()	()	

Liste cualquier medicina que usted toma inclusive disolvente de sangre (aspirina, coumadin...etc) o cualquiera sobre el medicamento contrario inclusive gotas para los ojos:

Liste todas las cirugías que usted ha tenido en el pasado, inclusive la cirugía de ojos:

¿Tiene alergias a medicina? () Si () NO

Si SI, lista las medicinas y lado afectan:



FORMA DE REGISTRO
(Por favor complete la forma)

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Domicilio: _____ Ciudad / Estado / Zona Postal: _____

Numero de Telefono: (____) _____ - _____ Celular :(____) _____ - _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____

Sexo: [] F [] M Casada/o Soltera/o: _____ Correo Eletronico _____

Empliyado: _____ Numero de Empliyado: (____) _____ - _____

Nombre de Personal para emergencia: _____ Telefono:(____) _____ - _____ Relacion: _____

Doctor Primario/Telefono: _____ / (____) _____ - _____

Doctor al quien lo Referio/Telefono: _____ / (____) _____ - _____

REFERRING DR'S NPI: _____ **fax** (____) _____ - _____

Informacion de Seguro:

Seguro Primaria:

Nombre de Seguro: _____ Direccion: _____

Numero de Polisa: _____ Numero de Grupo: _____ Telefono: (____) _____ - _____

Seguro Secundaria :

Nombre de Seguro: _____ Direccion: _____

Numero de Polisa: _____ Numero de Grupo: _____ Telefono: (____) _____ - _____

Nombre de la Perona Responsable Finaciero (si es deferente a lo de arriba):

Nombre: _____ Direccion: _____

Relacion: _____ SNN: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

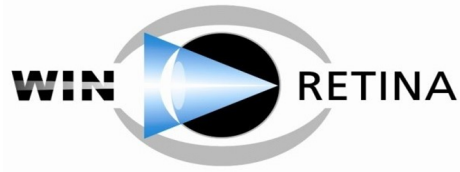
POR FAVOR PÁRESE en la CAJA antes de dejar nuestra oficina. El pago para servicios de oficina es debido durante el día de servicio. Como la parte de nuestro servicio presentaremos sus reclamaciones de seguros. Los arreglos de seguros/financieros deberían ser hechos con nuestro departamento de Relaciones Paciente ANTES DE CIRUGÍAS.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE VENTAJAS DECLARTATION:

Por este medio autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria de tratar mi reclamación de seguros y también ADJUDICAR AL DOCTOR todos los pagos MEDICAL.

FECHA: ___/___/___

FIRMA: _____



HIPAA Foma Paciente de Consentimiento (complete por favor forma)

Nuestra Nota de Prácticas de Intimidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar y podemos revelar información protegida de salud sobre usted. La nota contiene una sección Paciente de Derechos que describe sus derechos bajo la ley. Tiene el derecho de revisar nuestra Nota antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestra Nota pueden cambiar. Si cambiamos nuestra Nota, puede obtener una copia revisada contactando nuestra oficina.

Tiene el derecho de solicitar que restringimos cómo información protegida de salud sobre usted es utilizada o es revelada para el tratamiento, para el pago, o para operaciones de asistencia médica. Nosotros no somos requeridos a aceptar esta restricción, pero si hacemos, honoremos ese acuerdo.

Firmando esta forma, consiente a nuestro uso y la revelación de información protegida de salud sobre usted para el tratamiento, para el pago, y para operaciones de asistencia médica. Tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará ninguna revelación que nosotros ya hemos hecho en la dependencia en su consentimiento previo. La Práctica proporciona esta forma para conformarse con la Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA).

El paciente comprende que: La información de la salud puede ser revelada o puede ser utilizada para el tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica. La RETINA tiene una Nota de Prácticas de Intimidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar esta Nota. La RETINA reserva el derecho de cambiar la Nota de Prácticas de Intimidad.

El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información pero WIN RETINA no tiene que aceptar esas restricciones. El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en tiempo y todas las futuras revelaciones entonces dejará. La RETINA puede condicionar tratamiento sobre la ejecución de este Consentimiento.

Firmando esta forma, da su consentimiento a utilizar y la revelación de información protegida de salud sobre usted para nuestro tratamiento, el pago y propósitos de operaciones de asistencia sanitaria. La ley federal requiere que obtenemos consentimiento escrito de esta clase.

El Consentimiento es firmado por:

El Nombre o el Representante pacientes: _____

La firma: La Fecha _____ :

La relación al Paciente (si firmar no paciente) _____



Reconocimiento de seguro

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a WIN RETINA sobre cualquier cambio en mi seguro.

De lo contrario, puede reflejar un saldo en mi cuenta con WIN RETINA.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Si tiene alguna otra pregunta, por favor, siéntase libre de preguntarle a la recepcionista o comunicarse con nuestro departamento de facturación al (626) 447-7008. Gracias.