**TRIANGLE EYE INSTITUTE**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

(Apunte Por Favor)

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Sr. Sra. Srta.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Est:\_\_\_\_\_ Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Numero de Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Separados / Viudo(a) Nombre de Esposo/a :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quien lo refirió a nuestra oficina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doctor Medico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de su último examen de la vista: Razón de su visita: Fecha de su último examen físico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente empleado por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre (alguien que no viva con usted):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono de su casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono de su trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ASEGURANSA**

(Favor de mostrarle las tarjetas de su aseguransa a la recepcionista.)

Es Medicare su aseguransa primaria: \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_No Numero de Medicare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de pago por la primer visita: \_\_\_\_\_Cheque \_\_\_\_\_En Efectivo \_\_\_\_\_Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_Aseguransa

Nombre de su aseguransa PRIMARIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de identificación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de su grupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del asegurado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de su aseguransa SECUDARIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de identificación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de su grupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDICIONES MÉDICAS**

(Marque los siguientes problemas que tenga o que haya tenido en el pasado.)

Fecha/Duración Fecha/Duración

\_\_\_\_\_ Visión Borrosa \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Dolores de Cabeza \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Perdida de Visión \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ojos Crusados \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Enfermedades de la retina\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Diplopía \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Mirando Relámpagos \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Infección en los ojos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Mirando Haros de Luz \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lastimadura en los ojos\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Sensivilidad a la Luz \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cirugía de los ojos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Usa lentes de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Flotadores \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Que tipo de lente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuantas horas por día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAMIENTOS** **ALERGIAS**

Anote todo medicamiento Anote todo medicamiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

Por favor marque “si” o “no” si usted a tenido o tiene unos de estos problemas. También marque si algún miembro de su familia a tenido o tiene uno de estos problemas.

Usted Miembro de su Familia Usted Miembro de su Familia

SIDA/HIV \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si \_\_\_No Hepatitis (Tipo\_\_\_\_\_) \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Artritis \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si \_\_\_No Alta Presión \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Válvula artificial (Corazón) \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si \_\_\_No Problemas del Riñón \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Collonturas artificiales \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si \_\_\_No Lupus \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Asma \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si \_\_\_No Migrañas \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Sangramiento \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No Marca pasos \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Cáncer \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No Fiebre Reumática \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Dependencia a químicas \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No Culebrilla \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Diabetis \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No Problemas de la Piel \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Sensivilidad algún droga \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No Ataque Cerebral \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No

Enfisema \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No Tiroides \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si \_\_\_No

Polinosis \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No Esta Embarazada?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuantos niños\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condiciones del Corazón \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Si\_\_\_No Fuma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Toma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERO**

Nuestra oficina está comprometida a darle el mejor servicio al paciente. La siguiente afirmación de nuestra póliza financiera la cual le requerimos la lea y firme antes de cualquier tratamiento. (Note: Cada paciente debe completar nuestra “Información del Paciente” antes de ver a cualquier medico.)

**Pacientes que pagan en efectivo:**

Si usted no tiene aseguransa, se require que pague el servicio complete el día que sea visto. Aceptamos cheques, tarjetas de crédito y pago en efectivo. Otros arreglos pueden ser hechos con la administradora antes del servicio. **Hay una cuota de $ 35.00 por cada cheque devuelto / cancelado.**

**Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pacientes con Medicare:**

Por cortesía a usted, nosotros cobraremos a Medicare. Por favor recuerde que su deducible anual debe ser pagado por usted cada ano.

**Aseguransa Privida/Tercer Partido Lesiones:**

Por cortesía a usted nosotros cobraremos a su aseguansa. Pero si le requerimos el pago completo el día del servicio al menos que haya hecho arreglos antes del servicio. (Note: Su póliza de seguranza es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no semos partido a su contrato. Por ello usted es completamente responsable por el costo de su servicio.

**Pacientes con HMO/PPO:**

Usted es responsable por su porción reembolsable de su contrato o por su co-pago el día del servicio. Si su co-pago no se paga el día del servicio, una cuota adicional será cobrada por costos administrativos.

**Faltar a su Citas:**

Puesto que nos esforsamos en acomodar a todo paciente cuando quieran ser visto, le pedimos que si no puede presentarse a su cita favor de llamar con 24 horas de anticipo para cancelar su cita. **Hay una cuota de $25.00 para todas las citas perdidas que no sean canceladas al menos 24 horas de antelación.**

**Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pacientes Menor Edad:**

Un consentimiento verbal o por escrito es requerido por la ley si un menor de edad no está acompañado de un adulto. Para familias con aseguransa de doble cubrimiento, la ley de fecha de nacimiento aplica. La fecha de nacimiento (mes de nacimiento) del padre del cual el compélanos caiga primero es la aseguransa primaria.

**Otros Cargos:**

En caso que usted necesite copias de su expediente o que necesite que su expediente sea transferido a otro médico, una cuota será cobrada, $0.50 por página.

Exámenes del tercer partido que requiera formas adicionales que sean completadas por un médico o por el personal médico, pueden ser sujetos a $25.00 de cargo.

Aceptamos pago en efectivo, Visa, Mastercard, Discover y American Express.

**Iniciales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de reconocimiento:**

Yo entiendo que soy responsable por el pago de todo servicio médico que se dé a mi persona o a mis dependientes, a pesar de la decisión de reemolso de mis aseguransas. Yo he leído lo mencionado arriba y reconosco la póliza financiera de esta oficina. Yo autorizo que mis asegransas pagen por beneficios médicos o quirúrgicos al médico que prestó sus servicios. Yo también autorizo a mi médico que de cualquier información necesaria para forma de asegura el pago de mis aseguansas.

NOTE: Su firma abajo quedara en efecto almenos que un consentimiento escrito sea recibido para revocar su autorizasion.

**Firma (Paciente o padres si es menor de edad)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACION DE PROTECSION PARA LA SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo que den información médica a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Relación al paciente y nombre complete del partido/partidos autorizados a recibir la información.)

Al firmar esta forma, está usted autorizando a nuestra oficina a que revele información acerca de usted por motives que usted ya sabe. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Cualquier revocasion hecha no afectara ninguna revelación que ya allamos hecho en dependencia de su autorización previa. Si usted quiere revocar alguna revelación de su expediente, por favor sométalo en escrito.

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**