

Family Eye Care

Fecha _____

Información para el paciente

Nombre: _____ Date de nacimiento: ____/____/____

¿Cómo te gustaría que te llamaran? _____

Género: Male__ Female__ Preferencia de idioma: English__ Spanish__ Other__

Raza: Indio americano/Alaska Native__ Asian__ negro o africano American__ Hispanic__

Nativo de Hawái/Otros Islander__ White__ del Pacífico

Origen étnico: Hispano/Latino__ Nativo de Hawái/Otro Pacífico Islander__ No Hispano ni Latino__

Estado civil: Casado__ Divorciado__ Viudo__ Soltero__

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono residencial: (____) _____ - _____ Número de teléfono del trabajo / día: (____) _____ - _____

Número de teléfono celular: (____) _____ - _____ ¿Está bien enviarte un mensaje de texto? Si__ No__

Forma preferida de comunicarse: Hogar__ Celda__ Trabajo__ Correo electrónico__ Postal__

****DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (IMPORTANTE)** _____

Empleador: _____ Occupation: _____

Dirección del norte (si corresponde): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de contacto de emergencia

Nombre: _____ Hogar Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Trabajo Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Información de la parte responsable

Nombre de la persona responsable: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección postal: _____ Código postal _____

Número de teléfono de la casa: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo / día: (____) _____ - _____

Teléfono celular: (____) _____ - _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (IMPORTANTE): _____

Empleador: _____ Occupation: _____

Información sobre el seguro médico

Nombre del suscriptor asegurado: _____ Relation: _____

Número de identificación del suscriptor asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Empleador: _____ Work Teléfono: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? **Círculo uno**

Médico__ Facebook__ Familia/Amigos__ Google__ Mailer__ Paciente__ FM105.1 Radio__ Sin cita previa__ Website__

Nombre de la persona que lo refirió a nuestra oficina _____

Nombre y dirección de alguien a quien le gustaría que enviáramos información sobre nuestra oficina: _____

Firma del tutor/paciente: _____ Date: _____

Formulario de historial de salud

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de correo electrónico: _____ Telefono Movil _____

¿Ha visitado nuestra oficina antes? Si ___ No ___

Ocupación _____

Nombre del médico de familia _____

Fecha del último examen físico _____

Fecha del último examen de la vista y dónde _____ Si ___ No ___

Altura _____ Peso _____ ¿Está embarazada? Sí ___ No ___

Motivo de la visita: _____

Por favor, compruebe todas las siguientes condiciones que experimenta:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz/brillo | <input type="checkbox"/> Ojos cansados |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Dolor o Molestia |
| <input type="checkbox"/> Sensación de cuerpo extraño | <input type="checkbox"/> Infección del ojo o del párpado | <input type="checkbox"/> Picazón o Comezón |
| <input type="checkbox"/> Mucosa / Secreción | <input type="checkbox"/> Párpado caído | <input type="checkbox"/> Rojez |
| <input type="checkbox"/> Sensación arenosa | <input type="checkbox"/> Ojo vago | <input type="checkbox"/> Ojo cruzado |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa a distancia | <input type="checkbox"/> Visión borrosa cerca | <input type="checkbox"/> Visión distorsionada |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Flotadores o manchas | <input type="checkbox"/> Visión fluctuante |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión | <input type="checkbox"/> Desgarro excesivo | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión lateral |
| <input type="checkbox"/> Halos / Brote estelar | <input type="checkbox"/> Destellos de luz | <input type="checkbox"/> Frotamiento excesivo |

Estudiantes:

- Problemas para seguir una línea de impresión Dificultad para enfocarse en dispositivos electrónicos
- Problemas para enfocar cerca de lejos
- Problemas de desarrollo

¿Cirugía LASIK? Si / No Fecha _____ Cirugía de cataratas? Si / No Fecha _____ Cirugía de Retina Si / No Fecha _____

¿Tiene o tiene antecedentes familiares de alguno de los siguientes:

	Tú	Miembro de la familia	Relación		Tú	Miembro de la familia	Relación
Ambliopía (ojo vago)				Glaucoma			
Ceguera				Degeneración macular			
Catarata				Desprendimiento de retina			
Daltonismo				Enfermedad de la retina			
Enfermedad corneal				Estrabismo (giro de los ojos)			

Si marcó alguno de los anteriores o tiene una condición no enumerada, explique a continuación:

Por favor, enumere las gotas para los ojos / ungüentos para los ojos, las dosis, la frecuencia y por qué los toma:

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Si ____ No ____ En caso afirmativo, enumere:

¿Usted actualmente, o usted o algún miembro de la familia alguna vez tuvo algún problema en lo siguiente Áreas:

	<u>Tú</u>	<u>Miembro de la familia</u>	<u>Relación</u>		<u>Tú</u>	<u>Miembro de la familia</u>	<u>Relación</u>
Alérgico/Inmunológico				Garganta/Boca seca			
Alergias/Fiebre del heno				Enfisema			
Anemia				Fiebre			
Asma				Dolor de Cabeza			
Bronquitis crónica				Enfermedades del corazón			
Tos crónica				Presión arterial alta			
Estreñimiento				Dolor en las articulaciones			
Diabetes				Riñón/Vejiga			
Diarrea				Migrañas			
Dolor muscular				Congestión sinusal			
Goteo post nasal				Problemas de la piel			
Psiquiátrico				Tiroides/Otras glándulas			
Artritis reumatoide				Enfermedad vascular			
Nariz que moquea				Pérdida / ganancia de peso			
Convulsiones							

Si marcó alguno de los anteriores o tiene una condición no enumerada, explique a continuación:

Haga una lista de todas las principales enfermedades, lesiones o cirugías:

Si es diabético, ¿cuál fue su último nivel de azúcar en la sangre y cuando _____ Un1C (promedio de 3 meses) _____

Por favor, enumere los medicamentos SISTÉMICOS, las dosis, la frecuencia y por qué los toma

¿Bebes alcohol? Si ___ No ___ ¿cuánto? _____

¿Consumo de tabaco? Si ___ No ___ ¿cuánto? _____

¿Dejó de fumar? Si ___ No ___ Cuando? _____

¿Usas una computadora? Si ___ No ___ En caso afirmativo, ¿cuántas horas/día? _____

¿Conduces? ¿Si ___ No ___ Tienes algún problema para conducir? Si ___ No ___

En caso afirmativo, sírvase explicar _____

¿Tienes algún pasatiempo especial? _____

¿Tiene problemas con la visión nocturna? Si ___ No ___

¿Llevas gafas? Si ___ No ___ Sí, ¿cuántos años tienen? _____

¿Usas lentes de contacto? Si ___ No ___ En caso afirmativo, ¿qué marca son? _____

Si tiene sus lentes de contacto insertados, ¿cuántos años tienen? _____

¿Estás interesado en probar lentes de contacto si no las usas? ? Si ___ No ___

¿Llevas gafas de sol? Si ___ No ___ En caso afirmativo, ¿cuántos años tienen? _____

Firma _____ Fecha _____

Family Eye Care
100 N Main Street
LaBelle FL 33935
(863) 675-0761

INFORMACIÓN SOBRE COLIRIOS DILATANDO Y REFRACCIÓN

Gotas de dilatación se utilizan para dilatar o ampliar las pupilas de los ojos para permitir el optometrista para tener una mejor vista del interior de su ojo.

Gotas de dilatación frecuencia desenfoque visión para un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes que le cause molestia. No es posible que su optometrista para predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que la conducción puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es mejor si usted hace los arreglos no conducir usted mismo.

Reacción adversa, tales como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede ser desencadenada por las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo al Dr. Parrish y/o Dr. Youmans o sus asistentes que sean designadas por él / ella para administrar las gotas de dilatación de los ojos. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi enfermedad.

Refracción NO Cubrió Servicios

Medicare no paga por la parte refractiva de cualquier examen del ojo. Si una refracción (parte de examen que determina su necesidad por los lentes) es necesario durante el examen, no es un beneficio cubierto por Medicare. El paciente será responsable para el cargo de la refracción.

Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente) Firma por vida

Fecha

Testigo

Fecha

CUIDADO del OJO FAMILIAR
CONSENTIMIENTO PERPETUO PARA el DESCARGO DE INFORMACIÓN de SALUD
PARA el TRATAMIENTO, PAGO los OREGÓN SALUD CUIDADO FUNCIONAMIENTOS
Y la DECLARACIÓN de la POLÍTICA FINANCIERA (Rev 09232013)

SEGURO COMERCIAL:

El Cuidado del Ojo familiar cargará en cuenta seguro con tal de que nosotros somos un miembro de la red que su compañía está envuelta con. Nosotros verificaremos el fondos del seguro y le permitiremos saber eso que, si cualquiera, porcentaje usted será responsable a la paga. El pago es debido en la fecha de servicio.

MEDICARE:

El Cuidado del Ojo familiar aceptará asignación de Medicare. Usted está a favor responsable del 20% co-pago en la fecha de servicio, cualquier deducible no ha sido resuelta y cualquier no cubiertos servicios y diagnósticos, es decir, refracción, hipermetropía, miopía, etc.. Si usted tiene un suplemento de Medicare, nosotros archivaremos una demanda con ellos con tal de que ellos harán pago directamente a nuestra oficina.

Garantía de cumplimiento de Medicare

Salud fraude y abuso se han identificado como un problema nacional que cuesta a los contribuyentes literalmente miles de millones de dólares cada año. Queremos que sepas que todos nuestros empleados, administradores y médicos continuamente sometido a capacitación para que puedan entender y cumplir con las reglas de gobierno y regulaciones con respecto a Medicare. Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en la ejecución de servicios para nuestros pacientes de Medicare. Es nuestra política para determinar correctamente la compensación precisa de nuestros servicios según las normas gubernamentales, leyes y reglamentos. Queremos garantizar que nuestra práctica no contribuye de ninguna manera al creciente problema de los gastos de Medicare incorrecta. Como parte de este plan, hemos implementado un programa de cumplimiento que creemos que nos ayudará a prevenir cualquier servicio Medicare o errores de facturación. También sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin pensar de penalización si se sienten que un evento de ninguna manera compromete nuestra política de integridad. Más aún, damos la bienvenida su opinión con respecto a cualquier problema de servicio o facturación por lo que podemos remediar la situación inmediatamente.

El DESCARGO de SEGURO:

Yo autorizo Cuidado de Ojo de Familia para soltar a la compañía de mi seguro que cualquiera requirió información con respecto a servicios mantenidos mi cuidado. Yo autorizo cualquier asegurador o payor para hacer pago directamente al Cuidado de Ojo de Familia. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan eficaz y válida como el original. Esta autorización será considerada válida para la duración de la demanda.

ACUERDO FINANCIERO:

Yo entiendo que el contrato de mi seguro está entre la compañía de mi seguro y mí. Si mi seguro no ha pagado mi demanda dentro de 30 días del seguro de la fecha se cargó en cuenta, yo estaré a favor responsable del pago. Yo también estoy de acuerdo que yo estoy a favor responsable de cualquier cargo que la compañía de mi seguro no cubrirá. Yo entiendo que el fracaso para pagar mi cuenta o hacer arreglos financieros convenientes puede producir mi cuenta a poniéndose en un estado de delincuencia. Si esto se pone necesario, yo estoy de acuerdo en pagar toda la colección retribuye que incluye pero no se limita a las cuotas de la colección, las cuotas judiciales, abogado retribuye y cualquier otra cuota para la colección de mi equilibrio de cuenta. Yo también entiendo que si yo escribo un cheque y ha vuelto por cualquier razón yo me cobraré una cuota según el Estatuto de Florida.

FUERA DE la COMPROBACIÓN de LAB:

De vez en cuando, nuestros doctores lo juzgan necesario para el lab trabaje para ser hecho. Yo entiendo que esto será hecho por una agencia externa y yo estaré a favor responsable del pago a esa agencia para el lab trabaje hecho. _____porfavor pon los iniciales que as leído y entendido lo escrito.

DESCARGO DE INFORMACIÓN de SALUD:

En el curso de proporcionar servicio a usted, nosotros creamos, recibimos y guardamos información de salud que lo identifica. Es a menudo necesario usar y descubrir esta información de salud para tratarlo, refiérase lo a otros proveedores de cuidado de salud, hospitales, o medios del enfermo ambulatorio que usted ya tiene o identificará a nosotros. Nosotros tenemos un Aviso comprensivo de Prácticas del Retiro que describen estos usos y descubrimientos en detalle. Usted es libre referirse a este Aviso en cualquier momento antes de que usted firme este documento de consentimiento. El uso y descubrimiento de su información de salud protegido para el tratamiento no sólo proponen incluye el cuidado y servicios proporcionaron aquí, pero también el descubrimiento de su información de salud como puede ser necesario o puede destinar para usted recibir cuidado de la continuación de otro profesional de cuidado de salud y/o los productos farmacéuticos. Semejantemente, el uso y descubrimiento de su información de salud al usar su seguro para los propósitos de pago nuestra sumisión de su información de salud incluye a agente de facturación o vendedor por procesar demandas o obtener pago; nuestra sumisión de su información de salud a interventores contratados por terceros pagadores de la fiesta y aseguradores como la Administración del seguro social o sus intermediarios y portadores, Centre para Medicare y Medicaid Services, Obreros Portadores de la Compensación, Organizaciones de Mantenimiento de Salud, los Patrones (cuando requirió), el Bienestar Consolida, y las Organizaciones de la Revisión de Seguros entre otros aspectos de pago descritos en nuestro Aviso de Prácticas del Retiro. Yo autorizo y consiento al descargo de cualquier información y incluye, si aplicable, cualquier información sobre infección de HIV o SIDA, la información sobre el tratamiento de abuso de substancia y/o información sobre salud mental repara, como necesario

Firma del paciente _____

/Fecha _____

Tenemos permiso a obtener tu historia de medicamento de tu farmacia /o medico? Si No

Tenemos permiso a hablar con tus familiares o algun otra jente? Si No

Si das permiso lista la persona y relacion a ti abajo:

Nombre: _____ Relacion a ti: _____

Nombre: _____ Relacion a ti: _____

CUIDADO del OJO FAMILIAR
CONSENTIMIENTO PERPETUO PARA el DESCARGO DE INFORMACIÓN de SALUD
PARA el TRATAMIENTO, PAGO los OREGÓN SALUD CUIDADO FUNCIONAMIENTOS
Y la DECLARACIÓN de la POLÍTICA FINANCIERA (Rev 09232013)

MUY IMPORTANTE!!!!

Hemos comenzado a recopilar direcciones de correo electrónico y / o números de teléfono celular para usar para confirmar citas, recordatorios de citas y otras comunicaciones electrónicas a través de un tercero. Por favor, firme a continuación e ingrese su dirección de correo electrónico y número de teléfono celular que muestre su autorización para ser contactado por correo electrónico y / o mensaje de texto.

Firma del paciente _____ /Fecha _____
Direccion de correo electronico _____ @ _____ . _____
Teléfono celular _____

MEDICARE PART B / la FIRMA de SEGURO COMERCIAL EN ARCHIVO:

Yo pido ese pago de Medicare autorizado beneficia o la compañía de cualquier otro seguro o se hecha a mí o en mi nombre al Cuidado de Ojo de Familia para cualquier servicio amueblado. Yo autorizo y consiento a cualquier poseedor de información médica o otra incluso los resultados de cualquier HIV (virus del inmunodeficiencia humano) las pruebas sobre mí, soltar al cuidado de salud que financia administración, sus agentes, o la compañía de otro seguro como notaron cualquier información necesitó determinar estos beneficios pagable para los servicios relacionados.

Firma del paciente _____ /Fecha _____

FIRMA de MEDIGAP EN ARCHIVO:

Yo pido ese pago de beneficios del medigap autorizados se hecho en mi nombre al Cuidado de Ojo de Familia para cualquier servicio amueblado. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí soltar a mi asegurador del medigap que cualquier información necesitó determinar estos beneficios pagable para los servicios relacionados.

Firma del paciente _____ /Fecha _____

REFRACCIÓN-NO CUBRIÓ SERVICIOS:

Medicare no paga por la parte refractiva de cualquier examen del ojo. Si una refracción (parte de examen que determina su necesidad por los lentes) es necesario durante el examen, Medicare lo desaprobará y lo declarará no es un beneficio de Medicare cubierto. Por consiguiente, el paciente será responsable para el cargo de la refracción.

Firma del paciente _____ /Fecha _____

La COMPENSACIÓN de OBRERO

Yo autorizo y consiento al tratamiento y descargo de cualquiera y toda la información, incluso los resultados de cualquier HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humano) pruebas que pertenecen a mi diagnóstico y tratamiento a mi patrón, la sección de dirección de riesgo de mi patrón y/o mi supervisor, así como, el portador del seguro para mi patrón.

Firma del paciente _____ /Fecha _____

RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS del RETIRO:

Yo reconozco habiendo recibido una copia del Aviso de Cuidado del Ojo Familiar de Prácticas del Retiro. Cuando usted firma este documento, usted está de acuerdo que nosotros podemos y usaremos y descubre su información de salud para tratarlo, obtener pago para nuestros servicios y realizar funcionamientos de cuidado de salud. Además, usted certifica que usted ha leído y ha entendido cada uno de los párrafos anteriores y es el paciente o los representative/guardian legales del paciente con el poder ejecutar este documento y aceptar sus términos.

Una copia fotostática de este consentimiento será considerada tan eficaz y válida como el original.

Firma del paciente _____ /Fecha: _____
Garante/Guardian: _____ /Fecha: _____
Testigo: _____ /Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- _____ Individual refused to sign
_____ Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement
_____ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
_____ Other (please specify)