

Questionario Demografico:

Motivo de la visita:	
Proveedor de referencia:	
Doctor Primario:	Numero de telefono:

Nombre Completo:		Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Direccion:		Cuidad/Estado:	Codigo Postal:
Numero de telefono:	mobile:	Estado Civil:	
Correo Electronico:		Numero Social:	
Contacto de Emergencia:		Relacion:	Telefono:
Seguro Primario:	ID:	Grupo:	
Seguro Secundario:	ID:	Grupo:	
Seguro de Vision:	ID:	Grupo:	

Medical History Questionnaire:

Lista de todo los medicamentos que toma actualmente:
Lista de toda las enfermedades y cirugias que ha tenido (glaucoma, diabetes, cataract surgery, etc.):
Allergia a algun medicamento? (SI) o (NO) (lista):

Tiene algun reciente problema en las siguientes area?	SI	NO	Detalles
Ojos (vision pobre, dolor, lagrimoso, halos, sequedad, enrojecimiento, moscas volantes etc)			
General/Constitucional (fiebre, Perdida de peso, cansancio, etc.)			
Oido, Nariz, Garganta (congestion nasal, dolor de oidos, tos, sequedad etc)			
Cardiovascular (pression alta, pulso rapido, etc.)			

Respiratorio (congestion, sibilancias, dificultad para respirar, etc.)			
Gastrointestinal (molestia estomacal, diarrea, constipacion, ulceras, etc.)			
Genitales, Vejiga Renal (dolor/frecuencia urinaria, impotencia, etc.)			
Mujeres: Estas Embarazada? amamantando?			
Musculoss, Huesos, articulaciones (dolor de articula, rigidez, inflamacion etc.)			
Piel (verrugas, crecimientos, sarpullido, etc.)			
Neurologica (entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, mareos, etc.)			
Psiquiatrica (ansiedad, depresion, insomnia, etc.)			
Endocrina (diabetes, hipotiroideo, etc.)			
Linfa Sanguinea (sangrado, moretones, anemia, colesterol alto, etc.)			

Family History / Social History:

Has viajado afuera del pais recientemente?		Cuando/Donde	
Algun miembro de tu familia (padres, Hermanos(a), abuelos(a) tienen lo siguiente? (Circule todo lo que aplica) CEGUERA/CATARATAS/GLAUCOMA/DEGENERACIÓN/MACULAR/DIABETES/HIPERTENSIÓN/ENFERMEDADES CARDÍACAS/ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/ ARTRITIS/ CÁNCER			
Usted toma Alcohol?	SI	NO	Con que frecuencia?
A tenido alguna ves transfusion de sangre?	SI	NO	
Usted Fuma?	SI	NO	Con que frecuencia? Por cuántos años?
Usted Maneja?	SI	NO	

Nuestra Polizas

(Por Favor Leer y Firmar Cuidadosamente, si tiene alguna pregunta, no dude en preguntar).

Autorización de Beneficios de Seguro

Solicito que el pago de los beneficios autorizados del seguro se haga en mi nombre a esta oficina por cualquier servicio que el médico me haya proporcionado. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a ser divulgado a cualquier administración de financiamiento de atención médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma: _____ Fecha: _____

Responsabilidades del Seguro del paciente

Entiendo que soy responsable del pago de los deducibles, coseguros y copagos según lo requieran mis compañías de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de Privacidad de HIPPA y Ley de Facturas Médicas Sorpresa

Nuestra oficina siempre ha apoyado y reconocido el derecho de nuestros pacientes a esperar que sus registros y otra información sobre su atención se mantengan confidenciales. Una de las disposiciones de las regulaciones de privacidad de HIPAA es que todos los proveedores de atención médica distribuyen un "Aviso de prácticas de privacidad". Todos los pacientes pueden recibir este aviso si lo solicitan o si lo leen en la sala de espera. Los pacientes no están obligados a leer este aviso, pero le pedimos que reconozca que ha recibido acceso a este aviso en nuestra sala de espera. Así como la Ley de Facturas Médicas Sorpresa.

Firma: _____ Fecha: _____

Refracciones

Por lo general, se realiza una prueba de REFRACCIONES como parte de un examen ocular de rutina. También se le puede llamar examen de la vista. Esta prueba le indica a su oftalmólogo exactamente qué prescripción necesita para sus anteojos o lentes de contacto.

Quieres hacerte una refraccion hoy? SI / NO

Quieres una adaptacion de lentes de contacto? SI / NO



Aviso Pacientes sin (**SEGURO DE VISIÓN**) siendo atendidos con su seguro médico, interesados en una refracción, como cortesía ofrecemos la refracción a un costo de \$45.00 este servicio no está cubierto por su seguro médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Política de Cancelación/Citas Perdidas

Nuestro objetivo en Ocean Ophthalmology Group es brindarle atención médica conveniente, accesible y de alta calidad. Para que podamos garantizar la comodidad y la accesibilidad a todos nuestros pacientes, es importante que los pacientes lleguen a tiempo a todas las citas programadas o cancelen la cita con **24 horas** de anticipación. Esta política nos permite hacer un mejor uso de nuestras citas disponibles para aquellos pacientes que necesitan atención médica. Una "cita perdida" es una ocurrencia en la que alguien no se presenta a una cita y no cancela la cita antes de la fecha y hora programadas. Si no se presenta a su cita y no cancela la cita con **24 horas** de anticipación, se le cobrará una tarifa de cancelación de **\$25.00**. Cada vez que falte a su cita, se le notificará por teléfono y se le pedirá que vuelva a programarla.

Firma: _____ Fecha: _____

Tarjeta de Credit # _____ Exp: _____ CVC: _____

Tarifas para Citas – Acuerdo Financiero

A partir del 1 de enero de 2019, Ocean Ophthalmology Group comenzará a cobrar a los pacientes cuando no se presenten a las citas programadas. Si no cancela o reprograma la cita dentro de las **24 horas** posteriores a la hora programada de la cita, se le cobrará un cargo por la cita perdida. Esta tarifa no se enviará al plan de salud; Se cobrará al paciente.

Al hacer una cita, autorizo previamente a Ocean Ophthalmology Group a utilizar la información de pago (tarjeta de débito y / o tarjeta de crédito) registrada para cobrar las tarifas aplicables. Si no hay información de pago en el archivo, entiendo que se me facturará la tarifa aplicable.

Reconozco que he leído y entiendo la declaración de política anterior con respecto a las tarifas por citas perdidas. Para obtener información adicional, puede comunicarse con el Departamento de Facturación al 305-940-1500.

Firma: _____ Fecha: _____