

Historial del Paciente


Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Tel: () _____ - _____

Email: _____ Cel: () _____ - _____

¿Cuándo fue su último examen ocular? _____ Por cual Optometrista _____ Interesado/a en lentes de contactos? S / N

----- Por favor marque () todo lo que pueda aplicarse a su historial médico. -----

OCULAR

- O Visión borrosa (Distancia / Cerca / Ambos)
- O Ojos Rojos
- O Ojos con picazón y aguados
- O Ojos secos y arenosos
- O Fatiga visual, dolores de cabeza con lectura
- O Dolor ocular
- O Sensibilidad a la luz
- O Párpados costrosos/ hinchazón de párpados

ENDOCRINO

O Diabetes (Tipo 1 o Tipo 2)
_____ Años Promedio de azúcar: _____

- O Tiroides (Hiper/Hipo)
- O Disfunción hormonal
- O Embarazada actualmente
- O Píldora anticonceptiva

CARDIOVASCULAR

O Derrame cerebral / Aneurisma
 O Presión arterial alta Promedio PA:
_____/_____

- O Problemas cardíacos
- O Colesterol Alto

RESPIRATORIA

- O Enfisema / EPOC
- O Asma / Dificultad para respirar
- O Neumonía
- O Tos / Jadeo

NEUROLOGICA

- O Dolores de cabeza / Migrañas
- O Epilepsia/Convulsiones
- O Esclerosis Múltiple

- O Visión doble
- O Fatiga visual
- O Flotadores / Puntos
- O Destellos de luz
- O Resplandor y Halos
- O Ondulación en la visión
- O Pérdida de visión (lado / central / temporal)

MUSCULOESQUELETICOS

- O Artritis / Reumatismo / Osteoartritis
- O Distrofia muscular
- O Espondilitis

CONSTITUCIONAL

- O Pérdida de peso inexplicable
- O Discapacidad del desarrollo
- O Fatiga
- O Fiebre

PIEL

- O Rosácea / Eccema
- O Psoriasis
- O Erupciones / Culebrilla

GENITOURINARIAS

- O Enfermedad renal / Diálisis
- O ETS / Herpes Simple
- O Micción frecuente o con dolor
- O Piedras renales, Sangre en la orina

CANCER

O Tipo: _____ Año _____

- O Cataratas
- O Desprendimiento Retinal o Enfermedad
- O Ojo desviado / Giro de ojos
- O Glaucoma
- O Degeneración Macular
- O Pérdida de visión de color
- O Cirugía ocular o lesión: _____

PSIQUIATRICO

- O Depresión
- O Ansiedad
- O Trastorno de pánico

OREJA, NARIZ, GARGANTA

- O Pérdida auditiva
- O Congestión nasal
- O Infección de las Vías Respiratorias
- O Dolor de mandíbula

GASTROINTESTINAL

- O Náuseas/Vómitos
- O Úlcera, Acidez
- O Hepatitis
- O Colitis, Enfermedad de Crohn, SII

HEMATOLOGIA/AUTOINMUNE

- O Célula Falciforme
- O HIV
- O Anemia
- O Tuberculosis
- O Linfoma
- O _____

ALERGIAS

- O Picazón, Ojos llorosos por alergias
- O Alergias: _____

(Requerido por el seguro)

Historial Social:

¿Consumo alcohol excesivamente? Sí / No Usa drogas ilegales? Sí / No ¿Fumas/vapeas? Sí (cantidad por día _____) / No

Antecedentes familiares (Compruebe todo lo que pueda aplicar y relación)

Diabetes _____ Presión Alta _____ Enfermedad Cardíaca _____
Glaucoma _____ Degeneración Macular _____ Ceguera _____ Queratocono _____

¿Quién es su médico de familia? _____ Que farmacia usa? _____

¿Está tomando algún medicamento? _____

_____ Alergias a medicinas? _____

El médico desea dilatar los ojos hoy, ya que es uno de los aspectos **más importantes del examen para determinar la salud de los ojos**. Es requerido por la mayoría de las compañías de seguros que utilice sus beneficios. No hay ningún cargo adicional por la dilatación. Los efectos secundarios de la dilatación son aumento de la sensibilidad a la luz durante 2-3 horas y posible dificultad de lectura durante una hora. **La mayoría de las personas pueden conducir con el uso de gafas de sol**, y si usted no tiene ninguna con usted, podemos proporcionarle un par de gafas de sol desechables. Si está embarazada, por favor informe al doctor.

¿Puede el doctor dilatar sus ojos hoy? Si / No **Si no**, por favor firme para rechazar X _____

Si tiene seguro, por favor llene su información de seguro en la parte posterior -----□

INFORMACION DE SEGUROS

*****Esto sólo necesita ser completado si usted tiene un seguro médico/visión que usted desee que presentemos*****

Los seguros médicos generales no pagan los exámenes oculares de rutina. Incluso si usted tiene seguro de visión, es posible que el médico no sea un proveedor para su plan. Pregúntenos si estamos participando en su plan. Toda la información del seguro debe ser dada a la recepcionista antes de ser visto. Usted es responsable de conocer su póliza y cobertura. Algunos planes de seguros requieren autorización previa y no podemos volver y reclamar una vez que los servicios han sido dados y usted sale de nuestra oficina. El médico de esta oficina ofrece un descuento de pago a todos los pacientes que pagan el mismo día por los servicios recibidos. Este descuento de hasta \$50 o más se ofrece porque a veces para reclamar algunos planes de seguro puede tomar más tiempo que hacer el examen, y el pago puede retrasarse hasta 120 días en algunos casos. Si decide que presentemos su seguro, y no es elegible, no ha cumplido con su deducible, o su seguro no paga, usted será responsable de la cantidad total facturada que es típicamente de \$30-\$50 más que si pagó en efectivo. Por lo tanto, si tiene dudas, puede beneficiarle en pagar en efectivo. Si desea usar un plan de seguro para pagar el examen, por favor llene completamente y firme a continuación. Gracias.

Nombre del seguro: _____ o (ver copia) Número de Grupo #: _____
Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Número de Seguro Social #: _____ Estado Civil: Soltero / Casado / Viudo
Por favor llene si **usted no** es el titular de la póliza principal, es decir, está asegurado bajo otra persona:
Nombre del Asegurado: _____
Su relación con el paciente: O Cónyuge O Niño O Otro: _____
Número de Seguro Social del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Número de teléfono del asegurado: _____
¿Existe un seguro secundario o complementario? Si / No
En caso de que si, llene lo siguiente: *****Por favor, presente sus tarjetas de seguro y su identificación a la recepcionista*****
Nombre del seguro: _____
Número de póliza: _____

Firma del Paciente o Persona Autorizada:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar esta reclamación. También solicito el pago de beneficios del gobierno a mí mismo o a la parte que acepta la asignación a continuación. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor firmante por los servicios que se describen a continuación. Entiendo que si el medico no puede cobrar el pago debido a mi inelegibilidad de beneficios, yo no cumplo con mi deducible anual, o que si mi compañía de seguro de cuidado de la vista puede solo pagar menos de la factura real por los servicios, que estoy de acuerdo en que soy responsable del pago de todos los servicios recibidos, incluido los costos en mi nombre o mis dependientes, que el/ella tiene el derecho de facturarme por sus servicios que se facturara a tarifa completa sin el descuento de efectivo. Entiendo que el pago se debe realizar una vez que se haga el servicio, y no se realizarán reembolsos. He leído la divulgación y autorizo el uso de mi seguro y acepto la política de pago. Firma del Paciente o de la Persona Autorizada:

X _____ **Fecha:** _____

***** PACIENTES CON MEDICARE *****

Usted necesita tomar una decisión sobre el uso de Medicare para pagar el servicio de atención médica de hoy, ya que es posible que no paguen. **Puede que Medicare no pague por todos los servicios, incluyendo la Refracción (\$30), Examen de Lentes de Contacto (\$30-\$60) Contactos, Lentes o Exámenes Oculares Rutinarios.** Medicare puede pagar hasta 80% de los cargos si usted ha cumplido con su deducible del año, y si encontramos un Diagnóstico Médico o Enfermedad Ocular en sus ojos. Incluso entonces, no hay garantía de pago, y usted será responsable de cualquier cargo facturado que permanezca sin cobrar de Medicare y / o su seguro secundario. Usted no es elegible para el descuento de pago al contado una vez que nos pida que presentemos Medicare. Por favor, informe al Doctor si está bajo cuidado de Hospicio. Si desea que reclamemos con Medicare, firme a continuación para reconocer su comprensión de nuestra política. Autorizo a The Eye Site a facturar mis seguros de Medicare y Secundario.

X _____ **Fecha:** _____

The Eye Site of Bluffton se complace en ofrecerle acceso a la última tecnología avanzada en detección de enfermedades oculares, el escáner confocal Eidon y Optovue Solix OCT.

Los doctores Switak, Szypczak y Rzegocki están preocupados por las enfermedades de la retina como la degeneración macular, el glaucoma, el desprendimiento de retina y la retinopatía diabética, que pueden provocar pérdida parcial de la visión o ceguera. Además, mediante un examen de retina se pueden detectar enfermedades sistémicas como la diabetes y la hipertensión arterial. Los exámenes de la vista con evaluaciones de la retina, como una fotografía de la retina y una OCT, pueden ayudarlo a proteger tanto su vista como su salud general. Esta tecnología tiene la capacidad de detectar enfermedades que pueden ser invisibles con los métodos tradicionales, a menudo antes de que la visión se vea afectada. Esta detección temprana es crucial para mantener una visión clara y unos ojos sanos.

Es especialmente importante para las personas que tienen antecedentes familiares o tienen actualmente:

- Diabetes
- Cáncer
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Degeneración Macular
- Desprendimientos de retina
- Glaucoma
- Dolores de cabeza

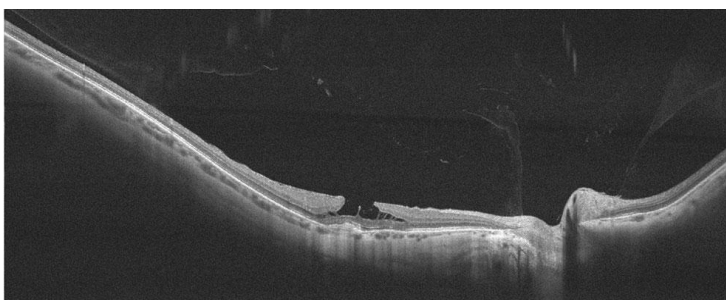
Foto: **Saludable**



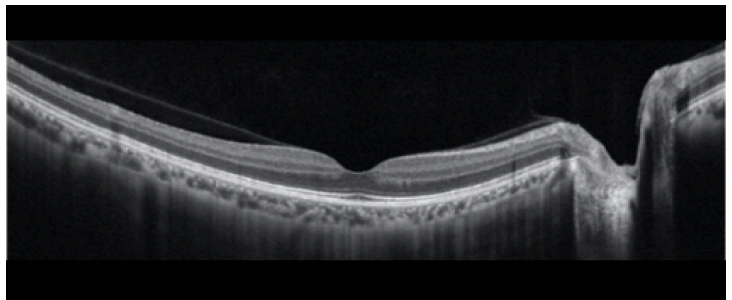
Enfermo



Escaneo de bienestar: **Saludable**



Enfermo



___ SÍ, elijo que me realicen una fotografía de retina hoy

___ SÍ, elijo que se realice iWellness OCT hoy ___ SÍ, elijo ambos

___ NO, lo rechazo

Con una fotografía anual de la retina y una OCT, su médico puede realizar un seguimiento de su salud ocular para detectar inquietudes, comparar y tratar. Los seguros médicos y de visión no pagan por exploraciones de rutina, hay un cargo de \$39 por cada procedimiento o \$59 por ambos.

Nombre en letra de molde _____ Firma _____

Fecha _____

HIPPA - RECEPCIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, usted está protegiendo su información de salud personal

The Eye Site of Hilton Head
25 Pembroke Drive
Hilton Head Island, SC 29926
843-681-3396

Nombre del paciente: _____

En el curso de proveerle nuestros servicios, creamos, recibimos y almacenamos información de salud que lo identifica. A menudo es necesario utilizar y divulgar esta información para tratarlo, obtener el pago de nuestros servicios y llevar a cabo operaciones de atención médica que involucren nuestra oficina. El Aviso de Prácticas de Privacidad que ha sido dado o se le puede dar, describe estos usos y divulgaciones en detalle. Usted es libre de consultar este aviso en cualquier momento antes de firmar este formulario. Una copia enmarcada esta publicada en la pared. Como está escrito en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, el uso y divulgación de su información médica con fines de tratamiento no solo incluye la atención y los servicios proporcionados aquí, sino también las divulgaciones de su información de salud según sea necesario o apropiado para que usted reciba atención de seguimiento de otro profesional de la salud. Del mismo modo, el uso y divulgación de su información de salud para los fines de pago incluye; (1) nuestro envío de su información de salud a un agente de facturación o proveedor para procesar reclamos u obtener el pago; (2) nuestra presentación de reclamaciones a terceros pagadores o revisión de reclamos de la aseguradora determinación de beneficios y pagos; (3) nuestra presentación de su información de salud a los auditores contratados por terceros pagadores y aseguradoras; y (4) otros aspectos de los pagos descritos en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se actualizará cada vez que cambien nuestras prácticas de privacidad. Puede obtener una copia actualizada aquí en la oficina.

Cuando firma este documento de consentimiento, usted asegura que acepta que podemos y divulgaremos su información médica para tratarlo, para obtener el pago de nuestros servicios y para realizar procedimientos de atención médica. También asegura que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Usted tiene el derecho de solicitarnos que restrinjamos los usos y divulgaciones hechas para fines de tratamientos, pagos u procedimientos de atención médica, pero como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, no estamos obligados a aceptar estas restricciones sugeridas. Sin embargo, si estamos de acuerdo, las restricciones son vinculantes para nosotros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo solicitar una restricción.

He leído este documento y lo entiendo. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de The Eye Site of Hilton Head.

X _____
Firma

Fecha

Si firma como representante personal del paciente, describa la relación con el paciente y la fuente de autoridad para firmar este formulario:

Relación con el paciente

Imprimir su nombre

Nombre del padre/guardián y número de teléfono de contacto si el paciente es menor de 18 años (por favor imprima):

Nombre _____ Número de Teléfono _____