



INFORMACIÓN DE PACIENTE NUEVO

Fecha De Cita: _____ (Favor de llenar las formas completamente) Doctor: _____

Paciente Nombre: _____ Medio Nombre: _____ Apellido: _____

Si paciente es menor de edad, nombre de padre o madre responsable: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Nombre de Esposo(a): _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Género: Masculino Femenino

Raza

Nativo de Alaska

Indio Americano

Asiático

Negro o Afro Americano

Greco

Hawaiano

Hispano

Hispano Latino (todas las Razas)

Indio

Mas de una Raza

Multi-Racial

Otra Raza

Americano (No Hispano o Latino)

Paciente Prefiere no Reportar

Idioma: _____

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Paciente Prefiere no Reportar

Nombre de empleado: _____ Ocupación: _____

Domicilio de empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de esposo(a): _____ Empleado con: _____

Medico de familia: _____

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

¿Quien lo referió a esta oficina? _____

Farmacia Preferida: _____

Locacion: _____

Esta informacion será confidencial, a menos que usted lo autorize.

X

Firma

Fecha



REVISION DE LOS SISTEMAS

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

En cada pregunta medica si no tiene problemas marque No. Si tiene problemas circule el problema o anote el problema si no esta en la lista.

Salud en General

- No Perdida de energía Perdida de apetito
- Perdida o aumento de peso inexplicable Calentura

Otro: _____

Cardiovascular

- No Latido irregular del Corazón
- inflamación del pecho Piernas o pies Hinchados

Otro: _____

Glandulas Endocrinologicas

- No Intolerancia al frio o caliente
- Frecuente hambre/sed o ganas de orinar

Otro: _____

Cabello, Piel, Cenos

- No Sarpullido Comezón cambios en la piel
- cambios en los cenos

Otro: _____

Ojos, Nariz, Oídos, Boca, Garganta

- No Perdida de audicion problemas de sinusitis
- ampolla en la boca dolor de oidos dolor de garganta

Otro: _____

Estomago O Intestinos

- No Acidez Estomacal Estreñimiento Diarrea
- dolor Nausea Vomito

Otro: _____

Neurologic (Brain and Nerves)

- No Dolores de Cabeza Vision Doble Mareos
- Episodios de ceguera Perdida de fuerza

Otro: _____

Musculos, Huesos Articulaciones

- No Dolor de articulaciones Musculos Hombros
- Hinchazon de articulaciones dolor de espalda

Otro: _____

Respiratorio

- No Tos frecuente falta de aire oxigeno en casa
- tos con sangre

Otro: _____

Rinones, Vejiga

- No Dolor al Orinar Orina frecuentemente
- Problemas con la Prostata o vejiga

Otro: _____

Psiquiatrico

- No Insomnio Irritabilidad Depresion
- Ansiedad

Otro: _____

Hematologic (Blood/Lymph)

- No Sangra facil Anemia Leucemia
- Hinchazon inexplicable Moretes

Otro: _____

Allergias

- No Alergias estacionales Comezon Infecciones frecuentes VIH

Otro: _____



RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Paciente o Representante uso solamante

Su Informacion Personal Medica La polisa de privacidad de Eye Medical Center

La ley federal requiere que nosotros tengamos un acuerdo con el paciente para dar informacion personal medica del paciente, por ejemplo su receta de antiojos condicion general de los ojos o salud en general a los autorizados por ejemplo doctores, farmacias, departamentos de opticas y aseguranzas. Tenemos detallada informacion disponible si requiere leer la.

Eye Medical Center no va a dar informacion personal medica a otras personas sin consentimiento escrito de usted. Honraremos cualquier requisito tocante de su informacion medica siempre y cuando no impida nuestra habilidad de proveer la mejor calidad de tratamiento medico. Los dos tenemos el derecho de revocar este relacion professional si no consedimos con la polisa.

Su firma indica que a leido y entiende la polisa.

X

Firma de paciente o representante

Fecha

Uso de Personal Solamente

Documentacion de Buena Fe

El paciente identificado a tenido la oportunidad de revisar la polisa de privacidad del Eye Medical Center. De buena fe hemos hecho el intento de obtener una firma del paciente pero el paciente decide no firmar por la razon de:

Paciente no desea firmar la polisa de Privacidad por la razon de:

Paciente no pudo firmar por:

Emergencia medica. El proveedor intentara de obtener firma de consentimiento cuando sea practico.

Otras razones, describalas hace abajo:

X

Employee Signature

Date



POLISA FINANCIERA

Gracias por escoger Eye Medical Center como su Proveedor de ojos. Nosotros nos dedicamos a proveerle el mejor servicio médico posible. La póliza financiera es un elemento importante para su servicio y cuidado. Si tiene cualquier pregunta puede dirigirlo a nuestro departamento financiero.

Cobertura de Aseguranza

Es la responsabilidad del paciente proveer a nuestra oficina con la información adecuada de su plan de cobertura medica el día de su cita que incluye las tarjetas de identificación dirección a donde mandar los cobros y cualquier otra información pertinente a el cobro de su visita. Le avisamos que usted será responsable por todos los cargos acumulados en causa de información insuficiente e incorrecta.

Usted es responsable por pagos, deducibles y servicios no cubiertos por su aseguranza. Nosotros le cobraremos a su aseguranza de su parte. Si su aseguranza niega pago usted será responsable por los servicios recibidos. Recuerde que autorizaciones y referencias NO garantizan beneficios o pagos. Si su aseguranza no responde en 60 días le pedimos que usted contacte a su proveedor con preguntas porque después de ese tiempo el cobro es responsabilidad del paciente.

Aseguranzas con co-pagos se cobrarán el día de su cita. Si no somos proveedores de su aseguranza o si no tiene aseguranza le cobraremos por su cita ese mismo día del monto total o tiene la opción de hacer arreglos de pago. Aceptamos dinero en efectivo, cheques o tarjetas de credito.

Medicare

Aceptamos la aseguranza de Medicare. Usted es responsable por los deducibles, co-pagos y servicios no cubiertos por su aseguranza. Medicare y la mayoría de aseguranzas privadas no cubren la parte refractiva de el examen. (Esta porción del examen es donde el doctor revisa la vista y determina si su visión puede mejorar con anteojos) Le informamos que hay un cobro de \$40 para esta porción de el examen y se paga el día de su cita.

Examen Médico y Rutinario de la Vista

Nuestra oficina participa con algunos planes de aseguranza para la vista. La definición de este examen consiste en un examen rutinario que los ojos no tengan ningún problema médico. Si el doctor detecta alguna condición medica por ejemplo (ojos resechos o flotantes) La examinación se convierte en examen médico y le cobraríamos a su aseguranza médica. Nuestra oficina no puede cambiar códigos de procedimientos o diagnósticos con el propósito

de recibir pago de la aseguranza. Por favor note que algunas aseguranzas consideran examen de la vista como rutinario y no cubren su visita.

Política de Cumplimentación de Formularios

De vez en cuando, es posible que tenga formularios que deben ser completados por diversas razones. Completar documentación para escuelas, campamentos, reclamaciones de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA), cuidados a largo plazo, seguros de vida, reclamaciones de discapacidad u otros propósitos va más allá de la atención médica rutinaria. Desafortunadamente, no es un beneficio cubierto por su plan de seguro. Dado que todos los formularios requieren nuestra firma, somos personalmente responsables de la exactitud de la información proporcionada. Por lo tanto, completar formularios requiere una cuidadosa consideración y una cantidad considerable de tiempo.

Por esta razón, nuestra política es cobrar por la cumplimentación de cualquier formulario a un costo de \$25.

El tiempo normal de procesamiento para completar un formulario es de 5 a 7 días hábiles.

Rembolsos

Por favor tomen nota todas las ventas de producto so finales. Rembolsos por servicios cancelados o sobre pagos serán rembolsados mensualmente. Pagos con tarjeta de Crédito será rembolsados a la misma tarjeta de crédito restricciones aplican. Dinero en efectivo o cheques serán rembolsados por correo al domicilio que tenemos en nuestro sistema en forma de cheque. Para cambios de domicilio por favor pasar a la recepción para hacer el cambio.

Tarifa de no presentacion

Eye Medical Center se dedica a proporcionar los mejores servicios opticos a todos nuestros pacientes. Requerimos que notifique a la ofecina de cualquier cambio en su cita lo antes posible. Habra una tarifa de \$50.00 por cualquier cita perdida si la ofecina no recibe el aviso de cancelacion 24 horas antes de la cita programada. EMC tambien considera las llegadas tarde, que exceden lo 15 minutos, sin comunicacion con la ofecina, como una cita perdida. Esta tarifa se le cobrara directamente a usted y NO esta CUBIERTA por el seguro. Todas las taffas de no presentacion deben pagarse antes de programar cualquier nueva cita. Financiero Politica.

Recargo por tarjeta de credito

Todas las transacciones con tarjeta de credito y debito estaran sujetas a un recargo del 3%. Esta tarfa no es mayor



POLISA FINANCIERA

que el costo total de aceptar estas transacciones. Este recargo no aplica a las transacciones en efectivo, cheques o giros postales.

He leído la póliza y acepto las provisiones. Acepto y entiendo que soy responsable de entender los beneficios de mi aseguranza y que soy responsable por los cobros médicos recibidos. Yo entiendo si tengo cobertura medica Eye Medical Center of Fresno, Inc le cobrara como cortesía, pero soy responsable de los cargos hasta que mi aseguranza pague el monto total.

Autorizo a mi aseguranza pagarle directamente a Eye Medical Center of Fresno, Inc. y que soy financieramente responsable por los servicios que mi aseguranza no considere cubierto por la póliza. Yo autorizó a Eye Medical Center of Fresno, Inc. que de información requerida para procesar mi reclamo.

Nombre de Paciente

Firma del paciente (o Persona responsable si es menor de edad)

Fecha