EYE MEDICAL CENTER OF FRESNO

Fecha De Cita _____

Doctor _____

Información de Paciente Nuevo

(Favor de llenar las formas completamente)

Paciente (No use iniciales) _____
Nombre Medio Nombre Apellido

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

Domicilio _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Celular _____ Nombre de Esposo(a) _____

Seguro Social _____ ○ Casado(a) ○ Soltero(a) ○ Divorciado(a) ○ Viudo(a)

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ ○ Masculino ○ Femenino

Raza
☐ Nativo de Alaska ☐ Indio Americano ☐ Asiatico ☐ 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 _____ Teléfono _____

Correo electronico _____

Nombre de esposo(a) _____ Empleado con _____

Medico de familia _____

Contacto de emergencia _____

Relacion _____ Teléfono _____

¿Quien lo refirió a esta oficina? _____

Farmacia Preferida _____ **Locacion** _____

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

Fecha _____ Firma _____

EYE MEDICAL CENTER OF FRESNO

Nombre del Paciente_____

Fecha De Nacimiento_____ Fecha de hoy_____

REVISION DE LOS SISTEMAS

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 energia, Perdida o aumento de peso inexplicable, Perdida de apetito, calentura. Otro:_____

Cardiovascular ☐ No Latido irregular del Corazon, inflamacion del pecho, Piernas o pies Hinchados.
Otro:_____

Glandulas Endrocrinologicas ☐No Intolerancia al frio o caliente, Frecuente hambre/sed o ganas de orinar.
Otro:_____

Cabello, Piel, Cenos ☐ No Sarpullido, Comezon, cambios en la piel, cambios en los cenos.
Otro:_____

Ojos, Nariz, Oidos, 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:_____

Neurologico ☐ 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:_____

Hematologica ☐No Sangra facil, Anemia, Leucemia, Hinchazon inexplicable, Moretes.
Otro:_____

Allergias ☐No Allergias estacionales, Comezon, Infecciones frecuentes, VIH.
Otro:_____

EYE MEDICAL CENTER OF FRESNO

Nombre Del Paciente_____

Fecha De Nacimiento_____ Fecha_____

HISTORIAL MEDICO

	Si	No
Artritis	○	○
Diabetes	○	○
Cancer	○	○
Alta Presion	○	○
Enfermedad del Corazon	○	○
Tiroides	○	○
Embolio	○	○
Otro_____	○	○
Otro_____	○	○
Otro_____	○	○

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Incluya cirugias de los ojos

Tipo de Cirugia	Fecha

HISTORIAL FAMILIAR

	No	Si	Si la respuesta es si cual miembro de la familia
Ambliopia	○	○	
Ceguera	○	○	
Cataratas	○	○	
Glaucoma	○	○	
Degeneracion Macular	○	○	
Trastorno de la Retina	○	○	
Estrabismo	○	○	

	No	Si	Si la respuesta es si cual miembro de la familia
Alta presion	○	○	
Diabetes	○	○	
Enfermedad del Corazon	○	○	
Artritis	○	○	
Asma	○	○	
Cancer	○	○	
Problemas Respiratorios	○	○	
Trastornos Circulatorios	○	○	

HISTORIAL SOCIAL

Consumo de Tabaco

Actualmente ○ Clase de tabaco_____ Cuantos al dia_____

Ex fumador ○ Clase de tabaco_____ Cuantos al dia_____

Nunca ○

Desconocido ○

Fumador Pasivo

Si ○

No ○

Uso del Alcohol

Si ○ Cuantos al dia _____

No ○

Uso De Drogas/Abuso

Si ○ Tipo de Droga_____

No ○

En el pasado ○

Uso de Cafeina

Si ○ Tazas al Dia_____

No ○

Ocupación: ----------

Nivel De Educación: ----------

Physician's Signature:_____

Date

EYE MEDICAL CENTER OF FRESNO

Patient Name_____

Date of Birth_____

CURRENT MEDICATIONS

Date	Medication	Dose Description

ALLERGIES TO MEDICATIONS

Date	Medication	Reaction

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

La ley federal require 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 require 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 abilidad 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_____ X_____

Firma de paciente o representante Fecha

Paciente o Representante uso solamante

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 optener 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 provedor intentara de obtener firma de consentimiento cuando sea practico.

_____

☐ Otras razones, describalas hace abajo:

_____

_____

_____ _____

Employee Signature Date

EYE MEDICAL CENTER
OF FRESNO

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 effectivo,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 resecos 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.**

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.

Citas rutinarias de ojos (Sábados)

Eye Medical Center esta dedicado de prover el mejor cuidado para exámenes de la vista Requerimos que notifique a nuestra oficina 24 horas antes de su cita si no puede asistir. Citas no canceladas habrá un cobro de $25.00 que no es cubierto por aseguranzas médicas y tendrá que ser pagadas inmediatamente sino no podar hacer otra cita. También llegar 15 minutos tardes se considera como si no asistió a su cita y será el miso cobro de $25.00 almenos que nos llame para avisar que va a llegar tarde. Gracias por su compresión y atención a esta póliza

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