



EYE MEDICAL CENTER
OF FRESNO

1360 E Herndon Ave # 301
Fresno, CA 93720
559-486-5000

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 referió a esta oficina? _____

Farmacia Preferida _____ **Locacion** _____

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

Fecha _____ Firma _____

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 Endocrinologicas 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 Alergias estacionales, Comezon, Infecciones frecuentes, VIH. Otro: _____

Nombre Del Paciente _____

Fecha De Nacimiento _____

Fecha _____

HISTORIAL MEDICO

	Si	No
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneracion Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	No	Si	Si la respuesta es si cual miembro de la familia
Alta presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastornos Circulatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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

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.**

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 tafifas 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 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

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 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 leído y entiende la polisa.

X _____
Firma de paciente o representante

X _____
Fecha

Paciente o Representante uso solamente

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:

Employee Signature

Date