

# Retinal Vitreal Consultants ~ Retina Macula Care

## Información demográfica del paciente

Los campos marcados con \* son obligatorios

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido\*: \_\_\_\_\_ Nombre\*: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apodo o nombre preferido: \_\_\_\_\_

DOB\*: \_\_\_\_\_ Seguro Social#\*: \_\_\_\_\_ Género\*: \_\_\_\_\_

Domicilio\*: \_\_\_\_\_ APT/Suite #: \_\_\_\_\_

Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Casa Teléfono\*:  Móvil #\*:  (Marque el mejor número para usar)

Dirección de correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son tus pronombres?  Él/ella  Ella/ella  Ellos/ellas  Otro: \_\_\_\_\_

¿Te consideras a ti mismo como:

Masculino  Hembra  Hombre transgénero/hombre trans  Mujer transgénero/mujer trans

Genderqueer/género no conforme, ni exclusivamente masculino ni femenino

Una categoría que no figure aquí, especifique: \_\_\_\_\_  Negarse a responder

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo #: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### IDIOMA Y DEMOGRAFÍA

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete?: \_\_\_\_\_

Origen étnico: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

### NOMBRE DEL CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

### SI EL PACIENTE VIVE EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA O DE VIDA ASISTIDA\*

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Dirección de la instalación\*: \_\_\_\_\_ Habitación #\*: \_\_\_\_\_

Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la instalación #: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto de la instalación: \_\_\_\_\_

# Retinal Vitreal Consultants ~ Retina Macula Care

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/RESPONSABLES\* (Si la información es la misma que la anterior, déjela en blanco)**

Apellido\*: \_\_\_\_\_ Nombre\*: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

# de seguridad social: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente\*: \_\_\_\_\_

Dirección\*: \_\_\_\_\_ Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_ Código Postal\*: \_\_\_\_\_

Inicio \*\*: \_\_\_\_\_ Celda \*\*: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

**FARMACIA\***

Nombre de la farmacia\*: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia \*\*: \_\_\_\_\_

Farmacia Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal\*: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE REFERENCIA DE PACIENTE/PCP**

Paciente referido por*			Teléfono #*
Clínica Dirección*	Ciudad*	Estado*	Código Postal*:*
Nombre del médico de atención primaria (PCP)*			Teléfono #*
Clínica Dirección*	Ciudad*	Estado*	Código Postal*:*

**CONTACTOS DE EMERGENCIA (PROPORCIONE DOS CON INFORMACIÓN DE CONTACTO DIFERENTE)**

Nombre	Relación	Teléfono #
Nombre	Relación	Teléfono #

**Información de facturación y seguro**
**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Seguro Primario*	Nombre/Relación del suscriptor*
# de identificación del seguro / # de grupo / fecha de nacimiento del suscriptor	
Seguro Secundario*	Nombre/Relación del suscriptor*
# de identificación del seguro / # de grupo / fecha de nacimiento del suscriptor	
Seguro Terciario*	Nombre/Relación del suscriptor*
# de identificación del seguro / # de grupo / fecha de nacimiento del suscriptor	

# Retinal Vitreal Consultants ~ Retina Macula Care

## Cesión y Acuerdo Financiero

1. Recuerde que el seguro se considera un método de reembolso para el paciente por los honorarios cobrados por el médico y **NO es** un sustituto del pago. Por lo general, el seguro no paga la totalidad del cargo. Muy a menudo hay montos de DESCUENTOS, COPAGOS y COSEGUROS que siguen siendo responsabilidad del paciente. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Entiendo que algunos servicios pueden ser considerados servicios no cubiertos por mi plan de seguro. Entiendo que es mi responsabilidad saber lo que cubre o no cubre mi seguro, y entiendo que soy financieramente responsable de pagar todos los servicios no cubiertos. **CARGOS DENEGADOS:** Entiendo que algunos cargos pueden ser denegados por mi compañía de seguros como de investigación, experimentales o no médicamente necesarios y no serán pagados por mi compañía de seguros. Entiendo que mi médico siente que estos servicios son necesarios, ya sea que mis compañías de seguros los consideren pagaderos o no, y que estoy obligado a pagar estos servicios en su totalidad.
2. **TODOS LOS COPAGOS DE LA OFICINA SE DEBEN PAGAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**
3. **SI TIENE SEGURO HMO:** Es **SU** responsabilidad obtener una referencia y/o autorización de su médico de atención primaria para todas las visitas y servicios, incluidas las pruebas y el tratamiento. **SI SU PLAN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA/HMO NIEGA EL PAGO DEBIDO A LA FALTA DE UNA REFERENCIA REQUERIDA, USTED ACEPTA SER TOTALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO.**
4. Se requiere una cesión de beneficios para presentar reclamos de seguro por usted. Por lo tanto, le pedimos que acepte la siguiente declaración: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y/o seguro se realice en mi nombre por cualquier servicio que se me brinde. Autorizo que cualquier pedido de información médica sobre mí sea divulgado al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, sus agentes o cualquier compañía de seguros que pueda tener, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.
5. Esta cesión permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí, por escrito. La fotocopia de este encargo se considerará tan válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que lo pague o no el seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.
6. Esta oficina cobra \$25.00 por cualquier cita perdida sin un aviso de cancelación de 24 horas.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(o padre y/o tutor legal)

CONTACTOS AUTORIZADOS (Personas autorizadas a consultar y hablar en mi nombre para TODOS los asuntos de atención médica, seguros y facturación)		
Nombre	Relación	Teléfono #

# Retinal Vitreal Consultants ~ Retina Macula Care

## Acuse de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede ser y será utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entiendo el documento de *Aviso de Prácticas de Privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que Retinal Vitreal Consultants tiene el derecho de cambiar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento a la dirección que se indica a continuación para obtener una copia actualizada del documento de *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

¿Tenemos su permiso para:

- ¿Dejar un mensaje en su contestador automático?  Sí  No
- ¿Confirmar citas dejando mensajes o hablando con la familia?  Sí  No
- ¿Enviar recordatorios por mensaje de texto?  
(Se aplican las tarifas estándar de mensajes de texto)  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre/relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### SOLO PARA USO EN OFICINA

Data Entered into eCW by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Practice provided the above-referenced patient with the Practice's Notice of Privacy Practices and this Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices, but could not obtain a signed acknowledgment form because:

Patient or guardian refused to sign

Emergency situation

Other: \_\_\_\_\_

For patients requiring translation or verbal reading of the document, the reader or translator may document and sign below.

Reader/translator: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# Retinal Vitreal Consultants ~ Retina Macula Care

## Cuestionario de Historia Clínica

**ALERGIAS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REACCIÓN:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SEVERIDAD:**

leve / moderado / grave

leve / moderado / grave

**ANTECEDENTES OCULARES:** (Por favor, marque todo lo que corresponda)  Sin antecedentes de problemas oculares

<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Hipermetropía (hipermetropía)	<input type="checkbox"/> Miopía (Miopía)	<input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago)
<input type="checkbox"/> Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/> Iritis	<input type="checkbox"/> Neuritis óptica	<input type="checkbox"/> Afaquia
<input type="checkbox"/> Ojo seco	<input type="checkbox"/> Queratocono	<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Astigmatismo
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Degeneración macular		

**CIRUGÍAS OCULARES:** (Por favor, marque todo lo que corresponda)  Sin cirugía ocular previa

<b>R - L</b>	<b>R - L</b>	<b>R - L</b>	<b>R - L</b>
<input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/> Tapones puntuales	<input type="checkbox"/> Láser	<input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas
<input type="checkbox"/> Blefaroplastia	<input type="checkbox"/> Cirugía láser de retina	<input type="checkbox"/> RK	<input type="checkbox"/> LASIK/PRK
<input type="checkbox"/> Cirugía de estrabismo	<input type="checkbox"/> Vitrectomía	<input type="checkbox"/> Trasplante de córnea	<input type="checkbox"/> Cirugía de los músculos oculares

**OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS:**  Sin antecedentes de enfermedades

<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Jaqueca	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Lupus
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Polimialgia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Ecceema	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Cálculo renal	<input type="checkbox"/> Cáncer de piel
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Golpe
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Herpes zóster / Herpes zóster	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis
<input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/> Histoplasmosis	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> Infección de la herida
<input type="checkbox"/> Herpes simple	<input type="checkbox"/> Sífilis		

Otro \_\_\_\_\_

¿Estás embarazada actualmente?  Sí  NO En caso afirmativo, \_\_\_\_\_ semanas de embarazo

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** (Nombre y Dosis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Golpe
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Ojo vago	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Cataratas
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad Retinal		

**HISTORIA SOCIAL:** (Por favor, marque todo lo que corresponda)

Fuma:  actual fumador diario  actual algunos días fumador  former fumador  nunca fumado

Consumo de alcohol:  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Consumo de drogas:  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_