

# Registracion de paciente

Nombre		Fecha
Domicillio		
		EstadoCodigo Postal
Numero de Cellular		Numero de Casa
Correo Electronico		Seguro Social
Fecha de Nacimiento	Edad Sexo	MF
Método preferido de contacto :	Correo electronicoTelefon	oMensaje de texto Correo
Nombre de conyuge (nombre de pac	dre si es menor)	Numero de conyuge/padre
Persona a notificar en caso de eme	ergencia (aparte de conyuge)	
Como supo de nosotro?		
		o or Latina/oAsiatico Africano/a
		ativo pacifico No quiero especificr
/\linericario/ u	Nativo nawanano, a o otro na	No quiero especimer
INFORMACIÓN DEL MÉDICO :		
Medico primario/de cabecera	Direccion	Ciudad Estado Numero telefonico #
		(_)
Medico Remitente	Direccion	Ciudad Estado Numero telefonico
Farmacia de preferrencia	Direccion	Ciudad Codigo Postal Numero telefonico
Aseguranza primaria		
ID#	Group #	Fecha de efectividad
Nombre del suscriptor		Relacion al paciente
Aseguranza secundaria		<u>I</u>
<u> </u>		
ID#	Group #	Effective Date
Nombre del suscriptor		Relacion al paciente
Nombre dei Suscriptor		nelacion ai paciente

## **Oculoplastic Eye Surgeons of Phoenix**

Nombre			Estatura	Peso	Edad	
Historial Medico: Ha tenido o tiene act	tualment	e alguno de	Systemico:	•		
los siguientes?			Problemas de Rinone	es	□Si	□No
Ocular:			Problema hepático d	e la cirrosis	□Si	□No
Ojos secos	□Si	□No	Hepatitis		□Si	□No
Cataratas	□Si	□No				□No
Glaucoma	□Si	□No				
Degenerasion Macula	□Si	□No	Endocrino:			
Desprendimiento de Retina	□Si	□No	Diabetes		□Si	□No
			Tiroides		□Si	□No
Cardiovascular:	_	_		re		□No
Cirugia de Corazon	□Si	□No	Si "sí", ¿qué ?			
Ataque de Corazon	□Si	<u> </u>	Artritis		□Si	□No
Dolor de pecho	□Si	□ No	Trastorno autoinmui	ne	□Si	□No
Cardiopatia	□Si	<u> </u>	VIH/SIDA		□Si	□No
Ritmo anormal	□Si	<u> </u>				□No
Marcapasos o desfibrilador	□Si	□ No	Si "si" cual ?			•
Tarifa fijada en						
Preccion Alta	□Si	□No	Neurologico:		□c:	
Insuficiencia cardíaca congestiva	□Si	□ No		ansitorio , cuando?		□No
Hace ejercicio?	□Si	<u> </u>		scular isquémico?		□No
En caso afirmación, qué y con qué frecuen	cia?				□Si □Si	□No □No
Pulmones:			Aprilea del suerio		<u> </u>	
Asthma	□Si	□No	Cirugías oculares pas	sadas : Enumere todas	s las cirug	ías oculares y
Bronchitis	□Si	□No	fechas .			
Enfisema/EPOC	□Si	□No				
<u>Pneumonia</u>						
Falta de aliento	□Si	□No				
En caso afirmacion, con que frecuencia? _						
Historia Social:			Cirugias pasadas: Er	numere todas las cirug	rías v fos	has
Fuma?	□No		on ugias pasauas. Li	idinicie todas las cil ug	,ias y ict	iiuJ
Cuantos paquetes al dia Anos?	_110					
Bebe alcohol?	□No	<del></del>				
Cuanto?Con que frequencia	_					
Consumo de Drogas recreativas?			Medicamentos: Enu	ımere todos sus medi	camento	S
Nombre de droga?						
Otro/s:						
Sensible al yodo/cinta/látex?	□Si	$\square$ No				
SI "Sí" ¿tiene erupción cutánea o urticaria ?				codas sus allergias, si r	no tiene e	escriba
Sibilancias o dificultad para brear ?	□Si	□No	"ninguna			
Cualquier problema con la anestesia ?	□Si	□No				
Que problema?			Hay algo más que de	ebamos saber sobre?		

#### Reglas de correo electronico:

Oculoplastic Surgeons of Phoenix ofrece a sus pacientes la capacidad de comunicarse con los proveedores de atención médica a través de correo electrónico (correo electrónico) a través de Internet

Si usted tiene una dirección de correo electrónico en Internet y desea aprovechar este servicio, por favor discuta sus deseos con su(s) proveedor(es) de atención médica primero. Algunos proveedores de atención médica prefieren no comunicarse con sus pacientes a través de Internet

Si un proveedor de atención médica acepta intercambiar correos electrónicos con usted, tenga en cuenta lo siguiente :

El correo electrónico puede ser usado para solicitar información y para hacer preguntas no urgentes. No debe utilizarse en

emergencias. Si usted está experimentando un cambio repentino o severo en su salud o necesita una respuesta inmediata.

Por favor llame al 911 o visite el Departamento de Emergencias más cercano

Es posible que los mensajes de correo electrónico no sean confidenciales. Los mensajes pueden ser mal dirigidos o interceptados

por partes no deseadas. Los pacientes que deseen enviar correo electrónico a direcciones de trabajo deben reconocer que los empleadores pueden tener derecho a supervisar su correo electrónico

Su proveedor de atención médica puede pedirle a una enfermera u otro proveedor que le ayude con el volumen o la respuesta del correo electrónico.

No responderemos a las comunicaciones que se consideren obscenas u hostigadoras Your healthcare provider will document e-mail communications in your medical record- either by placing a copy of the message in your record, or by summarizing the message in a written note.

### Envío de correo electrónico:

Asegúrese de incluir la siguiente información en el cuerpo de cada mensaje de correo electrónico que envíe a su proveedor de atención médica:

Nombre completo y fecha de nacimiento

Entiendo y acepto los términos descritos en este documento.

Si no proporciona esta información, es posible que su proveedor de atención médica no pueda responder. Para proteger su confidencialidad, no coloque el nombre, la fecha de nacimiento o el número de historia clínica en la línea del asunto.

Si alguna vez se devuelve un mensaje debido a una "dirección incorrecta", asegúrese de que ha introducido la dirección completa tal y como se le ha dado. Si está seguro de que ha introducido la dirección proporcionada por el proveedor de atención médica, llame a la oficina del proveedor de atención médica para verificar que tiene la dirección correcta y que el sistema de correo electrónico funciona correctamente.

Si su proveedor de atención médica no responde a su correo electrónico en lo que usted considera un período de tiempo razonable, por favor llame a su oficina. Su proveedor de atención médica puede estar fuera de la oficina o podríamos estar experimentando un problema técnico y no podemos responder al correo electrónico No podemos garantizar un tiempo de respuesta concreto.

Acepto no usar ni reenviar el correo electrónico de mi proveedor de atención médica para fines que no sean la comunicación conmigo sobre mi atención médica.

Firma del paciente o representante lega

## Política financiera

Nos comprometemos a proporcionarle el más alto nivel de servicio y atención de calidad. Si usted tiene seguro médico, nos esforzaremos por ayudarle a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política financiera. En última instancia, sin embargo, toda responsabilidad financiera recae en el paciente..

Nuestra oficina participa con la mayoría de los planes de seguro principales. Proporcionamos atención MÉDICA y QUIRÚRGICA oftalmológica a nuestros pacientes, en contraposición a exámenes rutinarios de los ojos. No participamos con ningún plan de visión (VSP/Davis Vision, etc.). Si usted tiene un plan de cuidado administrado que requiere una referencia para ver a un especialista, usted debe obtener una referencia para que su visita a nuestra oficina esté cubierta por su seguro médico. Si usted no tiene la remisión válida y todavía desea ser visto, usted se le pide que pague la visita antes de su examen.

Un examen refractivo no es un servicio cubierto por la mayoría de las compañías de seguros, incluido Medicare. No ofrecemos exámenes refractivos en nuestra práctica.

Es responsabilidad del paciente/padre/tutor :

- 1. Familiarícese con los beneficios de su plan, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles
- 2. Lleve todas sus tarjetas de seguro actuales a todas las visitas
- 3. Proporcione a nuestra oficina información actualizada incluyendo dirección, números de teléfono y empleador.

De acuerdo con su contrato de seguro, debe estar preparado para pagar su copago en cada visita. Aceptamos efectivo, cheques, GreenSky, Care Credit y todas las principales tarjetas de crédito para servicios

Apreciamos el pago inmediato en su totalidad para cualquier saldo pendiente. Si su cuenta es cedida a nuestra agencia de cobros, usted acepta pagar cualquier cargo impuesto por la agencia de cobros para cobrar la cantidad vencida. Cualquier pago de cheque que no borre el banco estará sujeto a una tarifa de cheque devuelto de \$50.00

Cualquier paciente que cancele una cirugía programada, electiva sin dar más de treinta (30) días hábiles de aviso antes de la cirugía, se le cobrará una tarifa de cancelación de \$150.00. Cualquier paciente que cancele una cirugía programada, electiva sin dar más de catorce (14) días hábiles de aviso antes de la cirugía, o no aparece para la cirugía, se cobrará una tarifa de cancelación de \$250.00 emergencias legítimas se tomará en consideración .

Para todos los servicios prestados a pacientes menores/dependientes, buscaremos al adulto que acompaña al paciente y/o al padre o tutor con quien reside el niño para el pago. En casos de separación o divorcio, cuando presente tarjetas de seguro para un dependiente inscrito bajo un suscriptor que no sea usted, por favor esté preparado para proporcionar su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y número de seguro social. Le pedimos que informe al suscriptor que su seguro ha sido utilizado.

Es la política de los cirujanos oculares oculoplásicos de Phoenix aceptar solamente planes de pago como último recurso. Ofrecemos financiamiento a través de nuestros socios GreenSky y Care Credit. Antes de llenar nuestra Solicitud de Dificultad Económica, usted debe presentar una solicitud declinada de GreenSky o de Care Credit. Si usted no califica para financiamiento, puede llenar nuestra Solicitud de Dificultad Económica y proveer documentos de acuerdo a nuestra Política de Asistencia Financiera

He leído y entiendo la política financiera anterior.			
Firma del paciente/tutor/padre	Fecha		

### Declaración de cobertura

Certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro como se indica arriba y estoy de acuerdo en que los pagos de seguro se hagan directamente a los cirujanos oculares Oculoplásicos de Phoenix para ser aplicados a mi cuenta por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos en el caso de que mi seguro niegue el pago. Soy consciente de que puede haber cobro adicional y/o honorarios de abogado si mi cuenta es referida para cobro. Para los pacientes cubiertos por Medicare el paciente lo hará.


## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR / DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Direccion		Ciudad/estado/codigo postal	
Por la presente autorizo la divulgació	ón de mi información de salud de	:	
Nombre de la persona/organizació	on que divulga información		
<u>Direccion</u>		Ciudad/estado/codigo postal	
Numero telefonico	Numero de Fax		
Para divulgar mi información a			
Oculoplastic Eye Surgeons of Phoe	enix		
Name of Person/Organization Reco	eiving Information		
9151 W Thunderbird Rd Ste G104,			
· <del></del>	c Dates of Service (please list)/ Fe	echas especificas from/de below/ Esta autorización permane	
RIGHTS OF THE PATIENT: I understand that I have the right to understand that a revocation is not tive going forward. I understand that by the recipient and may no longer will continue to be protected by the ed health information to be used or right to refuse to sign this authorizate.	effective in cases where the info at information used or disclosed a be protected by federal or state Federal Privacy Rule (HIPPA). I un disclosed as described in this do	rmation has already been used or is a result of this authorization may law. Any information received by inderstand that I have the right to indecument by written notification. I	disclosed but will be effec- y be subject to redisclosure this office for our own use nspect or copy the protect-
X Printed Name of Patient <u>or</u> Personal <u>Escriba su nombre/ Nombre de paci</u> e			DATE
Description of Personal Representat	ive's Authority (attach necessary	documentation)	
******************			
Date Sent: By:	V	ia:	

### Autorización para el uso y divulgación de información sanitaria protegida

Nombre de la práctica: Oculoplastic Eye Surgeons of Phoenix, P.L.C. (the "Practice")

### **Autorizacion:**

Con mi firma abajo, afirmo, como paciente de la práctica mencionada arriba O como padre o tutor legal de un niño menor que es paciente de la práctica mencionada arriba (el "Paciente"), que autorizo la práctica: (i) capturar imágenes fotográficas o de vídeo del paciente (las "Imágenes"); (ii) reproducir, utilizar y divulgar las Imágenes, con o sin el nombre del paciente; (iii) dar a conocer el hecho de que se prestaban servicios médicos al paciente; (iv) reproducir y publicar cualquier testimonio el Paciente provee con respecto a la práctica (colectivamente denominada en el presente documento la "Información"); y (v) asegurar el registro de derechos de autor para cualquier material que incorpore la Información, a la elección y a expensas de la práctica. La autorización se otorga a la práctica mencionada anteriormente, para divulgaciones a cualquier persona, sin limitación, que pueda ver la Información en forma impresa o digital en materiales promocionales, incluyendo medios sociales o sitios de Internet

### Proposito:

La finalidad de esta autorización es permitir que la Información, incluidas las Imágenes, se utilice para la comercialización de la práctica, y doy mi consentimiento expreso al uso de la Información para actividades publicitarias y de marketing con el fin de promover la práctica en los medios sociales. Reconozco y acepto que no se proporcionará ninguna compensación por el uso de la Información.

#### Caducidad y revocabilidad:

Si el paciente firma en su propio nombre, esta autorización caduca cuando el paciente informa a la práctica de que ya no es paciente de la práctica. Si el paciente firma en nombre de un niño menor, esta autorización expira cuando el paciente alcanza la mayoría de edad, pero la autorización sigue siendo válida para la información médica protegida que ya se ha utilizado o divulgado hasta que la revocó el paciente que ha alcanzado la mayoría. Sin embargo, entiendo que la información de salud protegida ya utilizada o divulgada antes de cualquier revocación puede no ser protegida. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando la práctica por correo certificado, recibo de devolución solicitado, pero que la revocación sólo afectará los usos y divulgaciones iniciados después de la fecha en que la práctica recibe el aviso. Al recibir el aviso de revocación, la práctica hará esfuerzos razonables para eliminar la información de las plataformas de redes sociales sobre las que tiene control, pero no puede garantizar la eliminación de toda la información de las plataformas de redes sociales sobre las que tiene control, pero no puede garantizar la eliminación de todos los sitios. Entiendo y reconozco explícitamente que Internet permite un amplio intercambio y reenvío de información, y que la práctica no puede controlar toda la divulgación de información.

### Sin efecto sobre el tratamiento:

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que la práctica no puede condicionar el tratamiento del paciente si firgo esta autorización, y que mi decisión de no firmar no influirá ni afectará el tratamiento del paciente de ninguna manera.

Firma del paciente O padr/tutor legal (si firma por menor de edad)					
Fecha:					
Testigo					