

Perez Eye Center

4506 WISHART PLACE, TAMPA, FLORIDA 33603 •• TEL. 813-875-6588 •• FAX. 813-873-3688

CUESTIONARIO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN

Fecha de hoy _____

NOMBRE DEL PACIENTE (Nombre, segundo nombre, apellido)		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD
DIRECCION (Completa)		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
SEXO				
NUMERO DE TELEFONO CASA / CELULAR		NUMERO DEL SEGURO SOCIAL		
DIRECCION E-MAIL		COMO ESCUCHO DE NUESTRO OFFICINA? <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Referido Por Paciente <input type="checkbox"/> Web Site <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Doctor Primario _____		
NOMBRE Y RELACIONES DE FAMILIARES QUE SE ATIENDEN AQUI				
CORREO ELECTRONICO				
EMPLEADOR		NOMBRE DEL ESPOSO(A)		
Nº DEL TRABAJO (Area Code, número, Ext.)		Nº DE FAX	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
SEGURO PRIMERIO		RELACION	SS #	FECHA NACIMIENTO
SEGURO SUPLEMENTARIO		RELACION	SS #	FECHA NACIMIENTO
CONTRACTAR EN CASO DE EMERGENCIA (Nombre, No telefonico, relacion familiar)				

PARA MENORES

NOMBRE DE LA MADRE		NOMBRE DEL PADRE		
EMPLEADOR		EMPLEADOR		
Nº DEL TRABAJO	Nº DE FAX	Nº DEL TRABAJO	Nº DE FAX	
Nº DEL SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO	Nº DEL SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO	
NOMBRE DE LOS HIJOS				

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Comprendo que el pago de todo el cuidado médico se debe y tiene que ser pagado a la hora de recibir el servicio y que es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, co-seguro u otro balance que no pague mi compañía de seguro. Entiendo que soy responsable por cualquier costo incurrido en la colección de la cuenta del paciente en caso de negligencia de pago, incluyendo costos razonables de abogados, costo de corte y, por este medio renunciar la presentación de pago, protección y notificación de protección y no pago de una cuenta pendiente. Comprendo que es mi responsabilidad proveer actual y correcta informacion de para procesar el reclamo.

Autorizo la salida de cualquier información médica que sea necesaria para procesar este reclamo y pido el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante.

IMPRIMA

FIRMA

FECHA

RELACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA ECHAR GOTAS OFTALMÓLOGAS CON EL FIN DE HACER UN DIAGNÓSTICO

Doy mi peal personal médico de Perez Eye Center para que me pongan gotas oftalmológicas con el fin de hacer un diagnóstico durante el curso de mi examen. Entiendo que estas gotas de dilatar son parte esencial del examen oftalmólogo y pueden producir sensibilidad a la luz y podrían enturbiar la vista de cuatro (4) a veinticuatro (24) horas.

IMPRIMA

FIRMA

FECHA

RELACIÓN

El conocimiento de sus medicinas y enfermedades son necesarios para proporcionarle una mejor asistencia médica, por favor complete el siguiente formulario lo mejor posible.

Medicinas actuales

Medicinas oculares

Endroge Alergias

Indique por favor la respuesta correcta con respecto a su HISTORIA MEDICA:

Usted alguna vez ha demandado ó ha estado involucrado en una demanda en contra de un doctor ú hospital? Si No

<p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Sarpullidos, colmenas, sequedad excesiva</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La fiebre crónica</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Pérdida inesperada del peso o la ganancia</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fatiga</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Asma, enfisema, problemas pulmonares</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Alergias ambientales (la fiebre de heno, los gatos, los perros, otro)</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La pérdida del oído</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Sinusitis, otros problemas relacionados</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La presión Alta</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> El colesterol Alto</p>	<p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Dolor de Pecho, latido del corazón irregular</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> El murmullo de Corazón, prolapso mitral de válvula</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Marcapasos o cirugía abierta de corazón</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Fiebre Reumática</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas de Tiroides</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Acidia, el dolor abdominal, la úlcera</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros problemas gastrointestinales</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Piedras de Riñon, infecciones de riñon o vesícula</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Epilepsia, otros desórdenes nerviosos</p>	<p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Los desórdenes sangrientos o coagulos</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Artritis</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Circugía protetiza</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Dolores de cabeza</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Entumecimiento, debilidad o parálisis</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La Depresión o la ansiedad</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> El VIH o las AYUDAS</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatitis o otras enfermedades transmisibles</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Cualquier otra enfermedad</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Usted este actualmente bajo el cuidado de otro medico? Nombre _____</p>
---	--	--

Indique por favor la respuesta correcta con respecto a su LA HISTORIA DE LA FAMILIA:

<p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La presión Alta</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> El colesterol Alto</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Diabetes</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Problemas de Tiroides</p>	<p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Glaucoma</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Degeneración macular</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> La ceguera</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Otros problemas de la retina</p>	<p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> "Ojo perezoso" o amblyopia</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Estrabismo</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Otro</p>
---	---	---

Indique por favor la respuesta correcta con respecto a su LA HISTORIA SOCIAL:

<p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> Actualmente fuma _____ paquetes por día</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Dejo de Fumar/hace cuanto tiempo? _____</p>	<p>SI NO</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> ¿Cuantos vasos y cuantos veces usted inqiere alcohol? _____ bebidas cada _____ (circule uno) día / la semana / mes</p>
--	---

La Firma del paciente _____ **Fecha** _____

La Firma del técnico _____ **Fecha** _____

Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____
Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____
Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____	Updated _____ Tech Initial _____

Por Favor lea atentamente.

Acuerdo arbitrario entre Doctor y Paciente

Este acuerdo es hecho entre Perez Eye Center, sus agentes los empleados o cualquiera de los anunciados, refiriendose de aqui en adelante como "Médico" y _____ refiriendose más adelante como el "Paciente". Es la intención de los partidos a este acuerdo atarse no sólo a sí mismos, pero también sus herederos, representantes personales, guardianes, los niños, los esposos o cualquier persona que deriven sus reclamos por o favor del paciente.

Es entendido por el paciente que él o ella no es requerido(a) a utilizar Perez Eye Center o ninguno de los anunciados referidos como "Médico" para la cirugía de la oftalmología, para lo cual hay numerosos otros médicos en el área de la Bahía de Tampa que se califican para realizar la cirugía de la oftalmología.

Para y en consideración a los beneficios mutuos que siguen uno al otro, se entiende y es concordado que en caso de cualquier controversia, la disputa o el reclamo que quizás surjan entre el médico y el paciente, sin importar o aunque la disputa concierna el cuidado medico proveido, o pago de cirugía u otros gastos, o cualquier otro asunto, la disputa debe ser resuelta por los arbitrarios como esta establecido en el Codigo del Arbitraje de la Florida, Capitulo 682, Leyes de la Florida. Se entiende que este arbitraje sea en el lugar o en lugar de cualquier juicio auspiciado por un juez o jurado. Cada partido escogerá a un árbitro y los dos árbitros escogerán a un tercer árbitro. Los árbitros deben ser medicos licenciados certificados por la Tabla Americana de la Oftalmología y entrado activamente en la práctica de la oftalmología en el Estado de la Florida. El entrapaño de árbitros oirá y decidirá la controversia, la disputa o el reclamo, y la decisión sera atada por todos los partidos.

Es entendido y acordado por los partidos presentados que el arbitraje o cualquier controversia, la disputa o el reclamo mientras que este acuerdo sea comenzado dentro del tiempo establecido por los Estatutos aplicables de Limitaciones de la Florida. Una acción conforme a este acuerdo se creará comenzada despues del recibimiento de un reclamo escrito que notifica a Médico o al Paciente, cualquiera que sea el caso, de cualquier naturaleza de la controversia, disputa o reclamo, y demandando que los partidos avancen con el abritraje de acuerdo con los términos de este documento. El máximo recuperable por danos bajo este acuerdo es limitado a \$250,000.00

En presencia del mismo, yo (nosotros) he puesto las manos esto _____ día _____ de _____ .

"Médico"

"Paciente"

Agente autorizado

Paciente

El testigo: _____

El testigo: _____

AUTORIZACION PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema del cuidado de salud, el Acto de Reponsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996 incluyeron una serie de provisiones administrativas de simplification que requirieron al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) que adoptaran los estándares nacionales para transacciones electrónicas de cuidado de salud. Asegurando la consistencia a través de la industria, estos estándares nacionales lo harán más fácil para planes de salud, los doctores, los hospitales y otros proveedores del cuidado de salud para procesar los reclamos y otras transacciones electrónicamente. La ley también requiere la adopción de estándares de seguridad y privacidad para poder proteger información personal de salud. HHS esta publicando las regulaciones mayores siguientes:

- Transacciones Electrónicas del cuidado de salud;
- Privacidad de información de Salud;
- Requisitos de Seguridad;
- Identificación única para los proveedores;
- Identificación única para los planes de salud; y
- Aplicación de los procedimientos

Aunque la ley de HIPAA se presta también para una identificación unica de salud para individuos, HHS y el Congreso han aplazado indefinidamente cualquier esfuerzo de desarrollar tal estándar.

Hoy, planes de salud, hospitales, farmacias, doctores y otras entidades del cuidado de salud usan una serie de sistemas para procesar y rastrear cuentas de cuidado de salud y otras informaciones. Las oficinas de doctores y hospitales tratan a los pacientes que tienen muchos diferentes tipos de seguro de salud y deben de emplear el tiempo y el dinero en asegurar que cada reclamo contiene el formato, los códigos y otros detalles requeridos por cada asegurador. Similarmente, los planes de salud emplean tiempo y dinero para asegurar que sus sistemas puedan manejar las transacciones de varios proveedores del cuidado de salud.

HIPAA incluye una serie de provisiones diseñados para hacer el seguro de salud más accesible y menos costoso. Con apoyo de los planes de salud, los hospitales y otros negocios del cuidado de salud, el Congreso incluiyo provisiones en HIPAA para requerir HHS que adoptara los estándares nacionales para ciertas transacciones del cuidado de salud seguridad electrónicas, códigos, identificadores y seguridad. HIPAA también puso una fecha de vencimiento de tres años para que el Congreso empleara la legislación comprensiva de la privacidad para proteger los registros médicos y otra información personal de la salud. Cuándo Congreso no empleo tal legislación en agosto 1999, HIPAA requirió HHS que publicara las regulaciones de la privacidad de la salud.

Los estándares de la seguridad y la privacidad pueden promover cuidado más alto en calidad asegurando a consumidores que su información personal de salud será protegida de usos y revelaciones inadecuados.

Además, los estándares nacionales uniformes salvarán mil millones de dólares cada año a los negocios de cuidado de salud, bajando los costos de revelar y amntener software y reduciendo el tiempo y el gasto necesitado para manejar las transacciones del cuidado de la salud.

Al firmar esta forma de autorización yo concuerdo en tener mi información de salud protegida usada y posiblemente compartida con mis otros doctores para mi tratamiento y el reembolso de mi seguro de salud.

Imprima el Nombre

Firma

La Fecha

POS* Reorder # 1314713

NOTIFICACION PREVIA AL BENEFICIARIO

Nosotros anticipamos que su seguro no va a pagar el (los) servicio(s) o producto(s) descrito(s) a continuacion. Su seguro no cubre todos los costos de atencion de salud. Su seguro paga solo por los servicios y productos cubiertos cuando las reglas de su seguro son cumplidas. El hecho de que su seguro no pague por su servicio o producto determinado n significa que usted no deba recibirlo. Puede que exista una buena razon por la cual su medico se lo ha recomendado. En esta momento, y en su caso particular, **es probable que su seguro no pague los siguientes examenes:**

Servicios o Productos:

Determinacion del estado de refraccion - este procedimiento no esta incluido en el servicio general proveido por los ophthalmologos. Determinacion del estado de refraccion incluye especificacion del tipo de lente, aumento, prisma, resistencia al impacto, y otros factores. **El costo por este servicio es \$45.00.**

_____ **SI.** Quiero recibir estos servicios o productos.
(Se efectuara el pago al recibir los servicios)

_____ **NO.** He decidido no recibir estos servicios o productos.

FECHA

Firma del paciente o de la persona que actue en su nombre

NOTA: La informacion sobre su salud se mantendra confidencial. Toda informacion que recolectemos sobre su persona permanecera en nuestros archivos y se mantendra esrictamente confidencial.