

Plaza Del Rio Eye Clinic, PC

Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ APELLIDO _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

SI SU SEGURO MEDICO ESTÁ BAJO EL NOMBRE DE OTRA PERSONA O NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, INDIQUE

LO SIGUIENTE: NOMBRE DEL ENGARGADO DE SEGUROS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F TELÉFONO _____

DATOS DEMOGRAFICOS: -----

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F ESTADO CIVIL: S C D V

TELÉFONO DE SU CASA: (____) _____ TELÉFONO CELULAR: (____) _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ E-MAIL: _____

NOMBRE DE SU PAREJA O PADRE _____

IDIOMA PREFERIDO: INGLÉS ESPAÑOL OTRO: _____

****POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO SIGUIENTE, INCLUSO SI NADA HA CAMBIADO.**

HISTORIAL MÉDICO PASADO (POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO)

Anemia Artritis Cáncer Asma EPOC/Enfisema

Arritmia cardiaca Fibrilación auricular Cirugía del corazón Arteriopatía coronaria Hipertensión

Colesterol alto Ataque isquémico transitorio Enfermedad de Graves Psiquiátrico

Diabetes: Dependiente de insulina Medicina Controlada con dieta

Diverticulosis Diverticulitis Enfermedad renal Enfermedad hepática Neumonía

Enfermedad tiroidea Hipotiroidismo Úlceras estomacales Hipertiroidismo Trastorno

Otro: _____

CIRUGÍAS ANTERIORES:

FECHA/AÑO:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA OCULAR (MARQUE CON UN CÍRCULO ABAJO)-----

Ninguno Cataratas Glaucoma Ojos secos Ojo perezoso Blefaritis Carnosidad

Degeneración Macular Otro: _____

PROCEDIMIENTOS OCULARES: (MARQUE CON UN CÍRCULO ABAJO): FECHA/AÑO (SI SE CONOCE): -----

Cirugía de Cataratas:	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	_____
Láser de Glaucoma:	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	_____
Cirugía de Glaucoma:	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	_____
Inyecciones de Degeneración Macular: (Avastin o Lucentis)	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	_____
Cirugía de Desprendimiento de Retina:	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	_____
Cirugía de los Músculo:	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____
Cirugía de carnosidad:	Ojo derecho	Ojo izquierdo	_____

HISTORIA FAMILIAR (MARQUE CON UN CÍRCULO ABAJO) MADRE, PADRE, ABUELOS, HERMANOS Y/O

Diabetes:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA
Cáncer:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA
Accidente cerebrovascular:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA
Catarata:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA
Hipertensión:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA
Enfermedad cardíaca:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA
Glaucoma:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA
Enfermedad de retina:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA
Degeneración macular:	M	P	A	H	OTRA FAMILIA

Otro: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: REACCIÓN (URTICARIA/RESPIRACIÓN) GRAVEDAD (LEVE -SEVERA)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*****SI TIENE UNA LISTA DE MEDICAMENTOS NO TIENE LLENAR ESTA SECCION, SOLO ENTREGUE UNA COPIA.**

NOMBRE DE GOTAS OR CREMAS) FUERZA (%/MG) FRECUENCIA FECHA/AÑO DE COMIENZO

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

NOMBRE DE MEDICINA FUERZA (%/MG) FRECUENCIA FECHA/AÑO DE COMIENZO

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿ALGUNA VEZ HA RECIBIDO UNA VACUNA CONTRA LA NEUMONÍA? (MARQUE) SI NO

HISTORIA SOCIAL (POR FAVOR MARQUE CON UN CÍRCULO):-----

Alcohol: Nunca Ocasionalmente Diariamente Intenso
Fumar: Nunca Sí Deje de fumar Si lo DEJO ¿cuándo? _____
Ocupación: Jubilado Otro _____

REVISIÓN DE SISTEMAS (MARQUE CON UN CÍRCULO A CONTINUACIÓN):-----

GENERAL:

- En general saludable
- Aumento o pérdida de peso
- Fatiga
- Dificultad para dormir
- Debilidad
- Fiebre o escalofríos

PIEL:

- Sin síntomas
- Cáncer de piel
- Crecimientos sospechosos
- Cambios en el cabello o las uñas
- Cambios de color
- Sequedad

OÍDO, NARIZ, GARGANTA:

- Sin síntomas
- Congestión
- Sangrado de nariz
- Sinusitis
- Vértigo
- Dolor De oído
- Zumbido en los oídos

RESPIRATORIO

- Sin síntomas
- Tos
- Tos con sangre
- Dificultad para respirar
- Respiración dolorosa

CARDIOVASCULAR:

- Sin síntomas
- Dolor en el pecho
- Presión
- Palpitaciones
- Dificultad para respirar acostado

Gastrointestinal:

- Sin síntomas
- Dificultades para tragar
- Acidez estomacal/reflujo
- Cambio en el apetito
- Nauseas
- Diarrea
- Constipación

GENITOURINARIO:

- Sin síntomas
- Frecuencia urinaria
- Urgencia
- Sangre en la orina
- Ardor o dolor al orinar

NEUROLÓGICO:

- Sin síntomas
- Mareos
- Desmayo
- Convulsiones
- Debilidad
- Disminución de la memoria

MUSCULOESQUELÉTICO:

- Sin síntomas
- Dolor muscular o articular
- Dolor de espalda
- Rigidez
- Hinchazón o enrojecimiento de articulaciones

ENDOCRINO:

- Sin síntomas
- Intolerante a clima
- Exceso de sudor
- Orina Frecuente
- Ictericia
- Cambio en apetito

PSIQUIÁTRICO:

- Sin síntomas
- Ansiedad
- Depresión
- Pérdida de memoria
- Estrés
- Alucinaciones

HEMATOLÓGICO:

- Sin síntomas
- Facilidad de moretones
- Facilidad de sangro

ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO:

- Sin síntomas
- Alergias ambientales
- Inmunidad reducida

Otro _____

Otro _____

DOCTOR MEDICO _____ REFERIDO POR: _____

****Nosotros valoramos su privacidad y, por lo tanto, seguimos las reglas de HIPAA cuando se trata de divulgar su información médica y/o finanzas. Por lo tanto, independientemente de quién sea la persona (pareja, hijo, padre, etc.), si el nombre no esta escrito en el espacio de abajo, no discutiremos su información con ellos. Si desea hacerlo, completa la siguiente porción.**

Yo _____ AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS A PODER HABLAR DE TODOS LOS MI INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANZAS:

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ENTIENDO QUE LA REFRACCIÓN (REVISAR LA PRESCRIPCIÓN DE LOS OJOS, LENTES DE CONTACTOS, Y CLASE PARA USAR LENTES DE CONTACTOS)_NO ESTÁN CUBIERTOS POR MI SEGURO Y ES MI RESPONSABILIDAD DE PAGAR DIA DE MI CITA.

- Solicito el pago de beneficios para mí o para la parte que acepta la cesión.
- Autorizo a Plaza Del Rio Eye Clinic a actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de mis compañías de seguros.
- Entiendo que las gotas pueden usarse para dilatar mis ojos y pueden nublar mi visión temporalmente.
- Se aconseja evitar conducir durante este período de posible discapacidad visual por mi propia seguridad.
- Conozco y acepto las reglas de HIPPA, Plaza Del Rio Eye Clinic, y también entiendo que puedo pedir una copia de esas reglas.
- En caso de que mi cuenta sea entregada a una agencia de cobro, seré responsable de todos los cargos de cobro.

Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados para mí o en mi nombre a Plaza Del Rio Eye Clinic PC por cualquier servicio que me brinde en la clinica. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la administración financiera de atención médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si se indica otra cobertura de seguro de salud en el punto 9 del formulario de reclamo HCFA 1500 o en otro lugar de otros formularios de reclamo aprobados o reclamos presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la agencia de seguros que se muestra. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor acuerda aceptar la determinación de cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total y el paciente es responsable solo para el deducible, el co-seguro y los servicios no cubiertos. El co-seguro y el deducible se basan en el cargo determinación de la aseguradora de Medicare.

FIRMA: _____ FECHA: _____

PLAZA DEL RIO EYE CLINIC

13340 N 94TH DR
PEORIA, AZ 85381

REGLA DE CANCELACIÓN / CITA PERDIDA

Nuestra regla es la siguiente:

CANCELACIÓN

Si necesita cancelar su cita, comuníquese con Plaza Del Rio Eye Clinic al menos un día antes de su cita. Si llama para cancelar su cita *el mismo día* que está programada, una **tarifa de cancelación de \$30.00** se aplica. La tarifa será aplicada a su próxima cita. Una cita reprogramada para el mismo día no se considera una cancelación.

NO PRESENTACIÓN

Si tiene una cita programada y no se presenta, después de que confirmemos la cita con usted, una **tarifa de \$30.00** se aplicara a su cuenta.

Firma: _____ Fecha de firma: _____