EYE DOCTORS OF ARIZONA

Fecha: _____ Paciente Nuevo: ☐ Si ☐ No Otros miembros de la familia: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ (Celular / Trabajo) _____ FDN ____ / ____ / ____

SS # _____

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Pareja

Referido por ☐ Doctor ☐ Otro _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____

Ocupación: _____ Ha estado en esta oficina antes: ☐ Si ☐ No

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Seguro Primario: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

ID de Póliza: _____

Relación con el paciente: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

ID de Póliza: _____

Relación con el paciente: _____

Salud / Historial Ocular: ¿Cuándo fue su último examen ocular? _____

Motivo del examen de la vista: _____

Historial Médico de los Ojos: ☐ Glaucoma ☐ Degeneración macular ☐ Otro: _____

Historial quirúrgico del ojo: ☐ Sí ☐ No Explique _____

Historial quirúrgico general: ☐ Sí ☐ No Explique _____

Historial Médico:

☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Otro: _____

Altura aproximada: _____

Peso aproximado: _____ ☐ Fumar Tabaco ☐ Consumir alcohol ☐ Drogas recreativas

Medicamentos: (indique los medicamentos que toma actualmente)

_____

_____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No Por favor enumere _____

¿Está embarazada o amamantando? ☐ Si ☐ No

EYE DOCTORS
OF ARIZONA

AUTORIZACIÓN PARA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS
Y
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA

Gracias por seleccionar a Eye Doctors of Arizona para su atención oftalmológica. Creemos firmemente que todos los pacientes merecen de nosotros la mejor atención médica que podamos brindarles. Además, creemos que todos se benefician cuando se acuerdan arreglos financieros definitivos. En consecuencia, hemos preparado este material para familiarizarlo con nuestra política financiera.

POR FAVOR LEA Y FIRME LO SIGUIENTE

1. Autorizo a esta oficina a divulgar o recibir cualquier información necesaria para acelerar las reclamaciones de seguros.
2. Por la presente autorizo a esta oficina a facturar a mi compañía de seguros directamente por sus servicios.
3. Autorizo el pago directamente a este médico de cualquier beneficio de seguro que de otro modo me deba pagar.
4. En caso de que reciba un pago de mi compañía de seguros, acepto respaldar cualquier pago que reciba a Eye Doctors of Arizona por el cual se pagan estos honorarios.

Es su responsabilidad comprender las pautas de su plan e informarnos de cualquier requisito especial o cambio en su seguro. Si su seguro requiere una remisión, es responsabilidad del paciente tener la remisión antes de la cita y antes de cualquier procedimiento. Sin una remisión actual, es posible que no podamos brindarle servicios y es posible que deba reprogramar su cita para otro día.

MÉTODOS DE PAGO ACEPTADOS
Aceptaremos el pago de los saldos adeudados en efectivo, orden de pago, VISA, Master Card, Discover, Care Credit y American Express.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y / O RECIBIR INFORMACIÓN
El paciente / la parte responsable autoriza la divulgación o la recepción y la divulgación de toda la información médica relacionada con el tratamiento y la atención del paciente, hacia o desde cualquier entidad que sea o pueda ser responsable de los cargos de los médicos o de o de cualquier Revisión profesional. Organización asociada a la misma. El Paciente / Parte Responsable autoriza (n) la divulgación o recepción y divulgación de todo o parte de los registros médicos del Paciente hacia o desde cualquier otro proveedor de atención médica que pueda ser de ayuda, en opinión del P. C, en la prestación de servicios médicos. atención y tratamiento para el paciente y / o asistencia en cualquier reembolso o beneficio a los que el paciente pueda tener derecho.

Entiendo que, bajo 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 y será utilizada para:

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

Autorizo la divulgación de información médica a la siguiente familia / tutor: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA DILATACIÓN: Su oftalmólogo puede recomendar la dilatación durante cualquier examen en el consultorio. Muchas afecciones graves y, a veces, que amenazan la visión no pueden diagnosticarse o detectarse con precisión sin dilatación. La dilatación lo volverá sensible a la luz y hará que su visión de lectura se vuelva borrosa. Conducir suele ser seguro cuando está dilatado, y el paciente asume todo el riesgo de conducir un vehículo de motor, así como cualquier otra tarea visualmente exigente, mientras está dilatado.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha de firma: _____/_____/ _____