

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE Y FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO

POR FAVOR PROPORCIONE COPIAS DE SUS TARJETAS DE SEGURO Y UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO.

Apellido del paciente: _____ **Nombre del paciente:** _____

Dirección del paciente: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** ☐ M / ☐ F / ☐ Otro _____

Número de Seguro Social: _____ **Estado civil:** ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)

Teléfono: (CASA): _____ **(CELULAR):** _____ **(TRABAJO):** _____

Idioma principal: _____ **Correo electrónico:** _____

Médico de cabecera: _____ **Dirección:** _____ **Teléfono:** _____

Compañía de seguro médico principal: _____ **Número de identificación del seguro:** _____

Nombre del titular del seguro: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **SSN:** _____

Compañía de seguro médico secundario: _____ **Número de identificación del seguro:** _____

Compañía de seguro de la vista principal: _____ **Número de identificación del seguro:** _____

Nombre del titular del seguro: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **SSN:** _____

Empleador: _____ **Persona de contacto:** _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección del empleador: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

¿Quién lo(a) remitió/recomendó? _____ **Teléfono:** _____
 (O.D., M.D., amigo(a), otro)

¿A quién debemos notificar en caso de una emergencia (familiar o amigo más cercano)?

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

¿Podemos confirmar sus citas por:

Mensaje de texto:	☐ Sí	☐ No
Correo electrónico:	☐ Sí	☐ No
Teléfono:	☐ Sí	☐ No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático del teléfono de casa? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos hablar sobre su condición médica con algún miembro de su familia o con alguien involucrado en su atención? ☐ Sí ☐ No

Si responde que sí, proporcione la información abajo, junto con un dato de identificación para verificar su identidad si se comunican con nosotros (por ejemplo, fecha de nacimiento):

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Teléfono:** _____

Firma del paciente o representante legal **Fecha de la firma** **Relación del representante legal con el paciente**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EL HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Autorizo a Natural Vision a descargar mi historial electrónico de recetas médicas.

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____ / Calles principales: _____

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO

Doy mi consentimiento para que Natural Vision realice exámenes oftalmológicos y optométricos ambulatorios, atención médica y quirúrgica, y pruebas diagnósticas que mi médico determine necesarias para mi tratamiento. Entiendo que la atención médica no puede garantizar resultados específicos.

Acepto seguir las instrucciones y recomendaciones de mi médico con respecto a mi atención. Entiendo que Natural Vision y mi médico no son responsables de ningún problema, complicación o lesión que pueda resultar de mi incumplimiento de dichas instrucciones o recomendaciones.

CESIÓN DE BENEFICIOS

Yo, por la presente, cedo y autorizo el pago de todos los beneficios de seguro y atención médica disponibles para mí directamente a Natural Vision por los servicios que se me proporcionen. Entiendo que los beneficios pueden ser pagados directamente a mí si no proporciono esta autorización.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable del pago de todos los cargos incurridos (copagos, deducibles, coseguros, etc.) que no sean pagados por el seguro o los beneficios de atención médica, incluidos todos los productos proporcionados o servicios prestados que no sean elegibles para pago (no cubiertos) bajo planes de atención médica, Medicare, Medi-Cal u otros seguros o pagadores (por ejemplo, servicios prestados por proveedores de atención médica que no participan en mi plan de seguro). Los servicios no cubiertos también pueden incluir aquellos servicios que mi médico determine que son médicamente necesarios, pero que posteriormente el pagador determine que no son necesarios. El copago debe pagarse al momento de recibir los servicios.

POLIZA SOBRE CHEQUES DEVUELTOS

Si un cheque es devuelto por su institución financiera por cualquier motivo, se cobrará a su cuenta de Natural Vision un cargo de \$45 por cheque devuelto.

Natural Vision se reserva el derecho de rechazar pagos mediante cheque de cualquier persona que anteriormente haya presentado un cheque que haya sido devuelto por cualquier motivo.

POLIZA DE CANCELACIÓN Y AUSENCIA A CITAS

Acepto programar y asistir a las citas correspondientes a mi tratamiento. Si necesito cancelar o reprogramar una cita, entiendo que debo notificar al consultorio al menos 24 horas antes de la hora programada para la cita.

Entiendo que faltar a tres citas dentro de un período de 12 meses sin proporcionar aviso previo (no llamar/no presentarse) puede resultar en dar de baja del consultorio.

Firma del paciente o representante legal Fecha de la firma Relación del representante legal con el paciente



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Aviso al paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestros Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA (Aviso), en el que se explica cómo podemos utilizar y/o divulgar su información médica. Por favor, firme este formulario para confirmar que ha recibido el Aviso. Si lo desea, puede negarse a firmar este reconocimiento de recibo.

Reconozco que se me ha ofrecido y/o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de esta organización.

Escriba en letra de molde el nombre del paciente aquí

Firma del paciente o tutor y parentesco/relación, si la persona que firma no es el paciente

Fecha

Solo para uso de la oficina / For Office use only

We have made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy from this patient but it could not be obtained because:

- ☐ The patient refused to sign.
- ☐ Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement
- ☐ We weren't able to communicate with the patient.
- ☐ Other *(Please provide specific details)*

Employee signature

Date

HISTORIA OCULAR DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Gracias por elegir a Natural Vision™ para su salud y cuidado visual. Para servirle mejor, conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Usa lentes? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Tiene problemas para leer o ver cosas cercanas? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Tiene algunos de los siguientes síntomas? Indique todos los que aplican.
☐ dolor del ojo ☐ visión borrosa ☐ parpados costrosos ☐ destellos de luz ☐ aureolas
☐ lagañas ☐ sensibilidad a la luz ☐ visión doble ☐ visión disminuida ☐ flotantes
5. ¿Ha tenido alguna lesión del ojo? Describalo: _____

6. ¿Ha tenido alguna cirugía del ojo? Indique que tipo, cuál ojo, y cuándo: _____
_____ D/I _____
_____ D/I _____
7. ¿Está utilizando algún medicamento para los ojos? Indique cuáles y que tan seguido las usa: _____

8. ¿Está bajo tratamiento por alguna de las siguientes condiciones médicas?
☐ diabetes ☐ alta presión ☐ enfermedad del corazón ☐ colesterol
☐ derrame cerebral ☐ artritis ☐ otra enfermedad _____
9. ¿Es usted positivo para el VIH ó Hepatitis? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Cuáles medicinas está usando? _____

11. ¿Es alérgico a algún medicamento? ¿Cuáles? _____

12. ¿Existe una historia familiar de problemas del ojo? ¿Cuáles son y por parte de quién?
☐ glaucoma _____ ☐ catarata _____
☐ problema retinal _____ ☐ degeneración macular _____
13. Usted fuma? ☐ Sí ☐ No. ¿Por cuanto tiempo?: _____ ¿Cuanto fuma?: _____