

Información del Garante (persona responsable del pago **si diferente del ser**):

Nombre: _____ SSN: xxx-xx-____ Fecha Nacimiento: ____/____/____
Primer Apellido Segundo M D XXXX

Dirección: _____ Relación al Paciente: _____

Empleador: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Información Adicional:

¿Es usted residente de la Florida durante todo el año? ☐ Si ☐ No Si no, verifica por favor los meses que usted reside en Florida:

☐ Enero ☐ Feb ☐ Marzo ☐ Abril ☐ Mayo ☐ Junio ☐ Julio ☐ Agosto ☐ Sept ☐ Oct ☐ Nov ☐ Diciembre

Dirección Segunda: _____
Dirección de la Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Alternativo: (____) ____ - _____

POLÍTICA DE PAGO DE LA OFICINA:

Lea atentamente la siguiente información antes de consultar con el médico. Esto es para aclarar cualquier duda sobre las políticas de la oficina.

Medicare: Aceptamos la asignación de Medicare. Esto significa que reduciremos nuestros honorarios a los montos permitidos por Medicare. Medicare tiene un deducible de \$257.00 por año calendario. Medicare le exige pagar los primeros \$257.00 por cualquier gasto médico de la Parte B. Medicare pagará el 80% del monto permitido, dejando el 20% de coaseguro a su cargo. Como cortesía, con gusto transferiremos el saldo restante a su seguro complementario/secundario; sin embargo, si su seguro complementario le paga directamente, usted será responsable del deducible/20% hoy, más cualquier servicio no cubierto (por ejemplo, examen refractivo).

Planes de Medicaid: Podría tener que pagar un cargo de \$60.00 por examen refractivo al momento de la prestación de los servicios.

Planes de Atención Médica Administrada (HMO o PPO): Usted es responsable del pago al momento del servicio. Esto incluye cualquier copago, coaseguro y/o deducible aplicable. La mayoría de los planes HMO requieren una autorización o referencia de su médico de cabecera. Si no la obtiene antes de su consulta, usted será responsable del pago total al momento de la prestación del servicio.

Seguro Privado/Comercial/Grupal: Usted es responsable del pago al momento del servicio. Esto incluye cualquier copago, coaseguro y/o deducible aplicable.

Sin Seguro: A menos que se haya acordado previamente con nuestra oficina, el pago total debe realizarse al momento de la prestación del servicio.

Refracción: Eye Associates of Fort Myers/Naples recomienda un examen refractivo para determinar su mejor visión corregida. Es importante que el médico sepa si tiene una disminución en su mejor visión corregida. Además, un examen refractivo determinará si hay mejoría con anteojos o lentes de contacto. Se requieren los resultados escritos de un examen refractivo para comprar anteojos o lentes de contacto recetados. Lamentablemente, este examen no está cubierto por Medicare, Medicaid ni la mayoría de los seguros comerciales. El costo de este examen es de \$60.00.

He leído la póliza de la oficina por completo. Entiendo y acepto esta póliza. También entiendo que soy total y legalmente responsable por el pago de esta cuenta, que incluye los saldos no cubiertos por Medicare y/o compañías de seguros. En caso de que no pague el saldo pendiente, acepto pagar todos los cargos de facturación, costos de honorarios de la agencia de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales, si los hubiere.

Firma de Paciente/Guardián **Fecha** ____/____/____



HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____
Primer Segundo Apellido

Alergias y Reacciones: _____

Fumar: ☐ SÍ ☐ NO Sí: ¿Cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

Alcohol: ☐ SÍ ☐ NO Sí: ¿Cuánto? _____

Drogas: ☐ SÍ ☐ NO Sí: ¿Cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____

Enumere todas las cirugías, y el año: _____

Enumere todas las hospitalizaciones anteriores, y el año: _____

Por favor, anote todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Tratamiento para
------------------------	-------	------------	------------------

Por favor, anote todos los suplementos a base de hierbas que está tomando actualmente:

Nombre de los suplementos a base de hierbas	Dosis	Frecuencia	Tratamiento para
---	-------	------------	------------------

Por favor, anote todas las vitaminas que está tomando actualmente:

Nombre de las vitaminas	Dosis	Frecuencia	Tratamiento para
-------------------------	-------	------------	------------------

Por favor, anote todas las gotas de ojos que está tomando actualmente:

Nombre de las gotas	Dosis	Frecuencia	Tratamiento para
---------------------	-------	------------	------------------

Antecedentes familiares: Marque todo lo que corresponda y explique: _____

- | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ☐ Diabetes | ☐ Ataque Fulminante | ☐ Ceguera | ☐ Degeneración Macular | ☐ Artritis |
| ☐ Cáncer | ☐ Tuberculosis | ☐ Cataratas | ☐ Enfermedad de la Retina | ☐ Ojo Perezoso |
| ☐ Enfermedad Cardíaca | ☐ Enfermedad Renal | ☐ Glaucoma | ☐ Hipertensión | ☐ Otro |

Firma de Paciente/Guardián

Fecha ____ / ____ / ____

REVISION DE LOS SYSTEMAS

¿Ha sido tratado o le han dicho que usted tiene alguno de los siguientes?:

<u>Ojos</u>	SÍ	NO	<u>Respiratorio</u>	SÍ	NO	<u>Sangre/Linfático</u>	SÍ	NO
Cirugía Previa	☐	☐	Tos	☐	☐	Moretones con facilidad	☐	☐
Lente de Contacto	☐	☐	Congestión	☐	☐	Encías sangran con facilidad	☐	☐
Dolor	☐	☐	Respiración Sibilante	☐	☐	Sangra prolongada	☐	☐
Visión Doble	☐	☐	Asma	☐	☐	Uso de Aspirina prolongada	☐	☐
Glaucoma	☐	☐						
Cataratas	☐	☐	<u>Gastrointestinal</u>			<u>Musculoesquelético</u>		
Degeneración Macular	☐	☐	Acidez	☐	☐	Rigidez	☐	☐
Ojos Secos	☐	☐	Nauseas/Vómitos	☐	☐	Artritis	☐	☐
Destellos de luz	☐	☐	Ictericia/Hepatitis	☐	☐	Dolor Articular/Hinchazón	☐	☐
Flotadores	☐	☐						
<u>Oído, Nariz y Garganta</u>			<u>Genitourinario</u>			<u>Piel</u>		
Problemas de audición	☐	☐	Dolor/Dificultad	☐	☐	Sarpullido/Llagas	☐	☐
Zumbidos en los oídos	☐	☐	Sangre en la Orina	☐	☐	Lesiones	☐	☐
Vértigo	☐	☐	Cálculos Renales Anteriores	☐	☐	Ronchas/Eczema	☐	☐
			Antecedentes de ETS	☐	☐	Rosácea	☐	☐
						La Exposición al Sol	☐	☐
<u>Cardiovascular</u>			<u>Psiquiátrico</u>			<u>Neurológico</u>		
Dolor en el Pecho	☐	☐	Ansiedad/Depresión	☐	☐	Convulsiones	☐	☐
Mareos	☐	☐	Cambios de Humor	☐	☐	Debilidad/Parálisis	☐	☐
Desmayos	☐	☐	Dificultad de Dormir	☐	☐	Entumecimiento	☐	☐
Falta de Aire	☐	☐				Temblores	☐	☐
Ritmo Cardíaco Irregular	☐	☐	<u>Endocrina</u>					
Dificultad para quedarse plano	☐	☐	Aumento de Sed	☐	☐	<u>Inmunológico</u>		
			Aumento de Hambre	☐	☐	Ronchas	☐	☐
<u>Constitucional</u>			Aumento de la Micción	☐	☐	Picazón	☐	☐
Fatiga/Debilidad	☐	☐	Aumento de la Sudoración	☐	☐	Secreción Nasal	☐	☐
Fiebre	☐	☐	Cambios de uñas	☐	☐	Sinusal presión	☐	☐
Ganancia de peso/pedida	☐	☐						
<u>Enfermedad Infecciosa</u>								
VIH	☐	☐						
HEP	☐	☐						
SARM	☐	☐						
Tejas	☐	☐						

Comentarios Adicionales: _____

Firma de Paciente/Guardián

Fecha ____ / ____ / ____

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

Al firmar este formulario, yo _____, autorizo el uso y divulgación de mi información de salud como se describe en el Eye Associates Aviso de prácticas de privacidad. He recibido el Eye Associates Aviso de prácticas de privacidad y me han dado la oportunidad de revisarlo. Este aviso entra en vigor a partir de la fecha a continuación.

Fecha ____/____/____

Firma del Paciente, Guardián o
Representante personal

Escriba el nombre del Guardián o
Representante Personal

Descripción de la autoridad del representante personal (por ejemplo, la ley estatal, orden judicial, etc.)

Doy permiso para Eye Associates de Ft Myers/Naples para discutir mis registros médicos con las siguientes personas:

Iniciales

Nombre(s): _____ Relación: _____

Nombre(s): _____ Relación: _____

Nombre(s): _____ Relación: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe cómo puede usarse y revelarse su información médica y cómo puede usted tener acceso a ella. Estúdielo con cuidado.

Información médica del paciente

De acuerdo con las leyes federales, su información médica está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica incluye también información sobre pagos, facturación y seguros. Su información puede ser guardada electrónicamente y, de ser así, estará sujeta a la divulgación electrónica.

Cómo usamos y revelamos su información médica del paciente

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información médica para suministrarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeros, médicos y otros integrantes de su equipo de tratamiento registrarán información en su historia clínica y la usarán para determinar las opciones de atención más apropiadas. También podremos revelar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a farmacéuticos que provean sus medicamentos recetados y a familiares que ayuden con su atención.

Pagos: Usaremos y revelaremos su información médica para obtener pagos. Por ejemplo, es posible que debamos obtener autorización de su compañía de seguros antes de brindar ciertos tipos de tratamiento o revelar su información a pagadores para determinar si está inscrito o si es elegible para recibir los beneficios. Entregaremos facturas y conservaremos registros de pagos de su plan de salud.

Operaciones de atención de la salud: Usaremos y revelaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, que incluyen la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento, la coordinación de servicios legales, y evaluar la atención y los resultados de su caso y de otros como el suyo.

Divulgaciones y usos especiales

Luego de un procedimiento, revelaremos sus instrucciones de alta e información relacionada con su atención, a la persona que lo llevará hasta su casa desde el centro o que, de otro modo, esté identificada como la persona que le ayudará en su atención posterior al procedimiento. Es posible que también revelemos información médica relevante a un familiar, amigo u otra persona que esté involucrada en su atención o el pago de su atención, y que revelemos información a aquellas personas que brinden asistencia en actividades de auxilio en caso de catástrofes.

Otros usos y divulgaciones

Es posible que debamos o que se nos permita usar o revelar la información incluso sin su permiso, según se describe a continuación:

Cuando está exigido por ley: Tal vez nos veamos obligados por ley a revelar información, como por ejemplo informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos semejantes.

Fines de investigación: Podemos usar o revelar información para investigaciones médicas autorizadas.

Actividades de salud pública: Podemos revelar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro de productos peligrosos del mercado y otros datos similares.

Supervisión de la salud: Podemos revelar

información con el fin de ayudar en investigaciones y auditorías, determinar la elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

Procedimientos judiciales y administrativos:

Podemos revelar información en respuesta a un emplazamiento, una solicitud de divulgación o una orden de un tribunal apropiado.

Fines relativos a la observancia de las leyes:

Podemos revelar información necesaria o solicitada por las autoridades o que denunciemos un delito en nuestras instalaciones.

Muertes: Podemos revelar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos.

Amenazas serias a la salud o a la seguridad:

Podemos utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona.

Funciones militares o especiales del gobierno: Si usted es un integrante de las fuerzas armadas, podemos entregar información requerida por las autoridades del comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.

Compensación a trabajadores: Podemos revelar información sobre usted a programas de compensación a trabajadores o similares que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Asociados comerciales: Podemos revelar su información médica a asociados comerciales (personas o entidades que desempeñan funciones en nuestra representación) siempre que acuerden proteger la información.

Mensajes: Podemos contactarnos con usted para enviarle recordatorios de citas, o para realizar facturaciones o cobros, y podemos dejar mensajes en su contestadora, correos de voz o utilizar otros métodos.

En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o revelar información médica que lo identifique. Si usted opta por firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o divulgación futuros. Conforme al cumplimiento con excepciones limitadas, no utilizaremos ni revelaremos notas de psicoterapia, ni tampoco su información médica para fines de comercialización, ni venderemos su información médica, salvo que usted haya firmado una autorización.

Derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos relativos a su información médica. Comuníquese con la persona de contacto indicada más abajo para conocer la forma apropiada de ejercer estos derechos.

☐ Usted puede solicitar que se apliquen restricciones a ciertos usos y divulgaciones. No tenemos la obligación de aceptar una restricción solicitada, salvo las solicitudes de limitar las divulgaciones a su plan de salud para fines de operaciones de atención médica o pagos cuando haya pagado en su totalidad con dinero propio el artículo o servicio cubierto por la solicitud, y cuando la ley no exija los usos o las divulgaciones.

☐ Tiene derecho a solicitar que corrijamos su información.

☐ Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; por ejemplo, enviando los avisos a una dirección especial o no usando tarjetas postales para recordarle las citas.

☐ En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Es posible que se cobre un pequeño monto por las copias.

☐ Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información por razones que no se relacionen con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y salvo por otras excepciones.

☐ Usted tiene derecho a obtener a una copia impresa de la versión vigente de este Aviso, aunque haya acordado previamente recibirlo por vía electrónica.

Nuestras obligaciones legales

Las leyes nos obligan a proteger y mantener la privacidad de su información médica, a entregarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y a cumplir los términos del aviso actualmente vigente. Debemos notificar a las personas afectadas en caso de un incumplimiento que involucre información médica sin protección.

Cambios en las prácticas de privacidad

Es posible que cambiemos este Aviso en cualquier momento y que los nuevos términos entren en vigor para toda la información médica que poseemos. La fecha de vigencia de este Aviso se indica al final de la página. Si cambiamos nuestro Aviso, colocaremos el nuevo documento en la zona de espera. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más abajo.

Quejas

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la persona indicada más abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. A su solicitud, la persona indicada abajo le indicará cuál es la dirección adecuada para el envío. Usted no sufrirá penalización alguna por presentar una queja.

Persona de contacto

Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, comuníquese con:

Meghan Lighthall, MBA, Admin

4225 Evans Ave., Ft. Myers, FL 33901

(239) 936-7685

Yo, _____, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad que se me ha entregado.

Firma: _____

Fecha: _____

Si no se firma, razón por la cual no se obtuvo el acuse de recibo: