



FORMULARIOS DE NUEVOS PACIENTE

****POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES****

INFORMACION DEL PACIENTE:

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre de legal: _____ ISN _____

Raza _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Género: M o F (circula) Estado Civil: _____ # de Seguridad social: _____

Dirección: _____ # de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número Alternativo : _____

Correo Electrónico: _____

¿Como te enteraste de nosotros? (circulo)

Mi Doctor/Optometrista Paciente Anterior Redes Sociales Pasó por la Oficina

Facebook Hospital/Clínica Urgente Compañía de Seguros Internet Nuestra Página Web

¿Quién es tu optometrista? ¿Te refirieron a nuestra oficina? Sí o No

Nombre: _____ Apellido: _____

Ciudad _____ Número de Teléfono: _____

¿Quién es tu médico de cabecera? ¿Te refirieron a nuestra oficina? Sí o No

Nombre: _____ Apellido: _____

Ciudad _____ Número de Teléfono: _____

Si lo refirió un medico que no sea su optometrista o médico de cabecera, indique el nombre del médico que lo refirió: _____

Farmacia: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección o locación: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____



Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

POLÍTICA FINANCIERA Y SEGURO

- Todos los pagos por los servicios prestados vencen en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos.
- Nuestro personal hará todo lo posible para verificar sus beneficios con precisión antes de que se presten los servicios. También presentaremos su plan de seguro como una cortesía para usted. Sin embargo, las cotizaciones que nos proporciona el seguro nunca son una garantía de pago, y cualquier saldo pendiente o servicios no pagados por su plan de seguro son responsabilidad del paciente.
- Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro y una identificación con foto válida para presentar reclamos a su seguro por los servicios prestados. Si no se nos proporciona esta información, es posible que deba ser un paciente que paga por cuenta propia.
- Cualquier reembolso adeudado al paciente después de todo el proceso de reclamo se reembolsará al método de pago original utilizado. Los reembolsos de pagos en efectivo se reembolsarán en forma de cheque.
- Si ha recibido servicios tanto en Brooks Eye Associates como en Surgery Center 121, LLC y hay un saldo y/o crédito en cualquiera de las cuentas después de todo el proceso de reclamo, se realizará una transferencia interna entre entidades para conciliar ambas cuentas antes de cobrar un saldo del paciente o reembolsar al paciente.
- Cualquier producto comprado a Brooks Eye Associates, ya sea usado o sin usar, no puede devolverse para crédito o reembolso por ningún motivo.
- Habrá un cargo de \$35 por todos los cheques devueltos.
- Los formularios médicos (FMLA, Discapacidad, Registros médicos) están disponibles por una tarifa de \$25 para procesamiento estándar (5 a 7 días hábiles). La liberación acelerada (1-2 días hábiles) también está disponible por una tarifa de \$75.
- Autorizo a Brooks Eye Associates a proporcionar a mi compañía de seguros, oa sus representantes, la información médica habitual requerida para procesar reclamaciones médicas. Entiendo que Brooks Eye Associates presentará mi seguro en mi nombre y seré responsable de hacer un seguimiento con mi compañía de seguros para el pago oportuno de los servicios prestados. Acepto pagar en su totalidad todos los saldos adeudados que no sean pagados por la compañía de seguros.

Firma _____ Fecha _____

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido, o he tenido la oportunidad de revisar, una copia del paquete de prácticas de privacidad de Brooks Eye Associates. Entiendo que esto es solo para fines informativos y educativos y es un requisito de las pautas de HIPAA que mi consultorio médico me proporcione este aviso cuando lo solicite.

Firma _____ Fecha _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida para los siguientes propósitos:

- **TRATAMIENTO:** Será necesario compartir información de salud con todos los miembros del equipo de tratamiento para fines de tratamiento. Esto puede incluir empleados de esta oficina, así como otros proveedores.
- **PAGO:** La información necesaria se compartirá con sus planes de seguro y sus representantes por motivos que incluyen, entre otros, elegibilidad, determinación de beneficios y gestión de reclamos. La información también se compartirá, según corresponda, con el personal de facturación, incluidos, entre otros, empleados, administradores de casos, representantes de reclamos, servicios de facturación de terceros o cámaras de compensación para llevar a cabo funciones laborales.
- **OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** se compartirá la información necesaria para las operaciones continuas de esta oficina, incluidas, entre otras, la revisión por pares, la acreditación, la acreditación y el cumplimiento de las leyes estatales y federales.
- Entiendo que mi tratamiento puede estar condicionado a mi consentimiento. Este consentimiento se da libremente y entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por escrito, lo cual se aplicará a las divulgaciones y usos posteriores a la fecha de revocación.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Enumere a continuación los nombres de las personas con las que autoriza a los miembros del personal de nuestra oficina a discutir su información médica (esposo, padre, etc.). Una persona no listada aquí no podrá acceder a su información.

Nombre _____ Relación _____

Firma _____ Fecha _____

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICA DE REFRACCIÓN OCULAR

La política de la oficina de Brooks Eye Associates es realizar al menos una refracción por año como parte del diagnóstico de una evaluación de cataratas o una evaluación médica. Una refracción es una prueba de diagnóstico utilizada para determinar la mejor función posible del ojo. Proporciona la información médica necesaria para evaluar adecuadamente la salud ocular y buscar enfermedades oculares.

Cada seguro puede cubrir la refracción de manera diferente y es posible que no esté cubierta en absoluto. Medicare es un plan que no cubre la refracción, por lo que para los pacientes de Medicare, cobraremos la tarifa de refracción de \$40 en la fecha del servicio. Para todos los demás planes de seguro, nuestro departamento de seguros hará su debida diligencia para verificar los beneficios de su plan, y cobraremos por la refracción de acuerdo con la cobertura de su plan específico. Si la refracción es un servicio no cubierto según su plan, cobraremos la tarifa de desembolso de \$40 por este servicio.

Si el paciente solicita una refracción específicamente para recibir una receta de anteojos, el paciente debe ser visto por uno de nuestros optometristas en el personal específicamente para este servicio, junto con una visita al consultorio. Este servicio solo está disponible para pacientes que aún no tienen un optometrista primario.

He leído la información anterior y comprendo que, en muchos casos, una refracción es un servicio no cubierto. Acepto la responsabilidad financiera total por el costo de la refracción según lo dicte mi plan de seguro, o hasta la cantidad de \$40 si mi plan de seguro no lo cubre. Entiendo que cualquier copago, coseguro o deducible que deba por mi visita y/u otras pruebas realizadas son independientes y no están incluidos en la tarifa de refracción.

Firma _____ Fecha _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

¿Cuál es el motivo de tu visita hoy? _____

¿Historia de la Cirugía Ocular?

		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Cirugía de Cataratas	Sí o No	Fecha(s): _____	_____
Cirugía Corneal	Sí o No	Fecha(s): _____	_____
Cirugía de glaucoma	Sí o No	Fecha(s): _____	_____
LASIK/PRK Cirugía	Sí o No	Fecha(s): _____	_____
Cirugía de Estrabismo	Sí o No	Fecha(s): _____	_____

Ha tenido una enfermedad ocular o problema?

Sí o No (circula) (Ejemplo: glaucoma, degeneración macular, iritis, etcétera)

Sí o No (circula) En caso afirmativo, explicar: _____

Lista de gotas para los ojos que usas: _____

¿Usas lentes de contacto? Yes or No If yes, are they SOFT or HARD lenses? _____

¿Historia familiar de enfermedad ocular? Sí o No (circula) En caso afirmativo, explicar: _____

Alta presión sanguínea	Sí o No	Relación: _____
enfermedad del corazón	Sí o No	Relación: _____
Colesterol alto	Sí o No	Relación: _____
cáncer	Sí o No	Relación: _____
Diabetes	Sí o No	Relación: _____
Accidente cerebrovascular	Sí o No	Relación: _____

¿Está usted en el cuidado de hospicio? (circulo) Sí o No
HISTORIA SOCIAL:

De Fumar: <input type="checkbox"/> Fumo todos los días <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Nunca fumé <input type="checkbox"/> Fumador, estado desconocido <input type="checkbox"/> Desconocido si alguna vez fumó	Consumo de Alcohol: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Pesado	Aficiones: <input type="checkbox"/> Ordenadores <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Costura/Manualidades <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Viajar <input type="checkbox"/> Golf <input type="checkbox"/> Caza <input type="checkbox"/> Leyendo <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ocupación: <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Labor manual <input type="checkbox"/> Trabajo de oficina <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Conductor/Piloto <input type="checkbox"/> Ingeniero
Tipo de Tabaco: <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Tubo <input type="checkbox"/> Eléctrico/Vapeador	Tipo de Alcohol: <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Espíritu <input type="checkbox"/> Vino	Drogas: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poco frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Pesado	Tipo de Drogas: <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Drogas intravenosas <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Marijuana

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Enumere TODAS las cirugías anteriores:

<u>Tipo de Cirugía</u>	<u>Año</u>

Enumere TODAS las alergias a medicamentos:

Sin alergias medicamentosas conocidas

<u>Alergia a:</u>	<u>Reacción:</u>

Enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los recetados, los de venta libre, las vitaminas, los tópicos y los suplementos:

Nombre del Medicamento	Dosificación	Razón Para Tomar

EVALUACIÓN DE LA VISIÓN DEL ESTILO DE VIDA

- ¿Cuáles son algunos de tus pasatiempos favoritos? _____
- Si trabaja, ¿cuál es su ocupación y algunas de sus tareas diarias relacionadas con el trabajo? _____
- Si el Dr. Brooks determina que usted es un candidato apropiado para la tecnología avanzada actualmente disponible, ¿estaría dispuesto a escuchar acerca de un implante que podría reducir significativamente o eliminar su necesidad de anteojos? (Circula) Sí o No
- Si tuviera que usar anteojos/lentes de contacto después de la cirugía, ¿para qué actividad preferiría usarlos?
(Circula) Cerca (leer, coser) Computadoras Lejos (manejando, televisor)
- ¿Cómo describirías tu personalidad?
(Circula) Acomodadizo Entremedia Meticuloso/Detallado

****Es importante comprender que algunas personas aún necesitan usar anteojos para ciertas actividades después de la cirugía.**