

Gracias por elegir Sun Eye Care, PA. Estamos comprometidos a construir una relación médico-paciente exitosa con usted. Su clara comprensión de nuestra Política financiera del paciente es importante para nuestra relación profesional. Por favor, comprenda que el pago por los servicios es parte de esa relación. Pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas, nuestras políticas o sus responsabilidades. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina sobre cualquier cambio en la información del paciente (es decir, dirección, nombre, información del seguro, etc.).

**Co-pagos:** Se espera que presentar una tarjeta de seguro en cada visita. Todos los copagos y saldos vencidos se deben al momento del check-in a menos que se hayan hecho arreglos previos con un coordinador de facturación. Aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de crédito. Absolutamente no se aceptarán cheques con fecha posterior. El pago de la responsabilidad del paciente de los cargos se espera en su totalidad en el momento de su visita. Si solicita que se le envíe una factura por correo, se aplicará una tarifa de \$ 20.

**Reclamaciones de seguro:** El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. En la mayoría de los casos, NO somos parte de este contrato. Le facturaremos a su compañía de seguros primaria como cortesía. Para facturar adecuadamente a su compañía de seguros, le solicitamos que divulgue toda la información del seguro, incluidos los seguros primario y secundario, así como cualquier cambio en la información del seguro. Si no se proporciona la información completa del seguro, el paciente puede ser responsable de toda la factura. Aunque podemos estimar lo que puede pagar su compañía de seguros, es la compañía de seguros la que hace la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros no tiene un contrato con nosotros, usted acepta pagar cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos, entre otros, los cargos que superan la asignación habitual y habitual. Si estamos fuera de la red para su compañía de seguros, por cortesía, presentaremos su reclamo de seguro sin asignar, lo que significa que la compañía de seguros le reembolsará directamente y el pago total se realizará al momento de su visita. Si no podemos presentar el reclamo sin asignar, y su seguro le paga directamente, usted es responsable del pago y acepta enviarnos el pago de inmediato. Si su compañía de seguros no paga su reclamo de seguro de manera oportuna (menos de 60 días), usted será responsable del pago. Si luego recibimos el pago, le reembolsaremos el monto.

**Planes de visión:** con la excepción de VSP, no participamos en planes de visión.

**Política de lentes de contacto:** la instalación de lentes de contacto conlleva un cargo por separado de su examen de la vista. La tarifa no incluye el suministro de lentes de contacto o, en su caso, lentes de prueba. La tarifa cobrada por un ajuste de lentes de contacto varía según la complejidad de los lentes de contacto que se están ajustando y si tiene alguna enfermedad ocular que aumente la complejidad del ajuste (por ejemplo, queratocono). Solicite una lista actualizada de nuestras tarifas actuales antes de programar su ajuste de lentes de contacto. Además, tenga en cuenta que algunos lentes requieren que regrese para una visita de seguimiento para determinar que el ajuste es correcto. Nuestro programa de tarifas actual describe cuántas de estas visitas de regreso estarán cubiertas por el pago de la tarifa de ajuste. Si no regresa para su ajuste de seguimiento, es posible que no le entreguen su receta. El pago de los contactos se requiere en el momento en que se solicitan. Si luego elige no recibirlos o no regresa para el ajuste de seguimiento según lo solicitado, su pago será reembolsado siempre que el proveedor acepte la devolución. Si cobran tarifas de reposición de existencias, esas tarifas le serán transferidas a usted.

**Servicios no cubiertos:** no todas las compañías de seguros cubren todos los servicios. En el caso de que su compañía de seguros determine que un servicio está "no cubierto" por cualquier razón, usted será responsable del pago de dichos servicios no cubiertos.

**Referencias y autorizaciones previas:** Ciertos seguros de salud (HMO, POS, etc.) requieren que obtenga una referencia o autorización previa de su Proveedor de atención primaria (PCP) antes de visitar a un especialista. Si su compañía de seguros requiere una referencia y / o autorización previa, usted es responsable de obtenerla. Si no obtiene una referencia o una autorización previa con la fecha adecuada para el proveedor correcto, puede resultar en un pago menor o nulo por parte de la compañía de seguros, y el saldo será su responsabilidad. Es posible que se necesiten arreglos de pago alternativos, como cambiar la visita a autopago o reprogramar su cita si no se obtiene una referencia.

**Cuentas de pago propio:** las cuentas de pago propio son pacientes sin cobertura de seguro, pacientes cubiertos por planes de seguro en los que la oficina no participa, o pacientes sin una tarjeta de seguro registrada o que se presentan sin una tarjeta de seguro. Los casos de responsabilidad también se considerarán cuentas de pago propio. No aceptamos cartas de abogados o pagos de contingencia. Siempre es responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina participa con su plan. Si existe una

discrepancia con nuestra información, el paciente se considerará auto pago a menos que se demuestre lo contrario. Los exámenes de los pacientes para condiciones de emergencia o el seguimiento de las visitas a la sala de emergencias se verán sin tener en cuenta la capacidad de pago en el momento de la visita, sin embargo, para los pacientes que no pueden pagar, los arreglos de pago se realizarán caso por caso. Los acuerdos de pago extendido están disponibles si es necesario y contratamos con CareCredit como una forma alternativa de pago. Solicite hablar con un coordinador de facturación para analizar un plan de pago mutuamente aceptable. Nunca es nuestra intención causar dificultades a nuestros pacientes, solo brindarles la mejor atención posible y la menor cantidad de estrés.

**Facturación de terceros:** no hacemos ninguna facturación de terceros. Nuestra relación es con usted y no con una responsabilidad de terceros seguro (auto, propietario, etc.) Es su responsabilidad solicitar el reembolso de dichos reclamos. Sin embargo, a solicitud suya, presentaremos un reclamo a su compañía de seguros de salud primaria. Puede recibir un cuestionario de accidentes para que lo complete usted. Si el cuestionario no se devuelve a su compañía de seguro médico y / o recibimos una denegación de su reclamo, usted será responsable del pago total.

**Compensación de los trabajadores:** no tenemos contrato con la compensación de trabajadores de Texas, pero en casos de emergencia, TWC a veces puede autorizar el pago por lesiones relacionadas con el trabajo.

### **Residentes que no son de Texas: ACUERDO EN RELACIÓN CON LA LEY APLICABLE Y EL FORO**

Se notifica a todos los pacientes que no residen en Texas que (específicamente residente de Nuevo México de conformidad con Nuevo México HB 270), como condición de tratamiento, usted acepta estar obligado por la ley de Texas. El paciente, incluido el representante del paciente y sus herederos o beneficiarios, y el proveedor de atención médica, incluidos los empleados y agentes del proveedor de atención médica, que prestan o brindan atención médica, atención médica o seguridad o servicios profesionales o administrativos directamente relacionados con la atención médica al paciente de acuerdo:

1. Que toda la atención médica prestada se registrará exclusivamente y solo por la ley de Texas, y en ningún caso la ley de ningún otro estado se aplicará a la atención médica prestada al paciente; y
2. En caso de una disputa, cualquier demanda, acción o causa que de alguna manera se relacione con la atención médica brindada al paciente se presentará solo en un tribunal de Texas en el condado / distrito donde toda o sustancialmente toda la salud se proporcionó o prestó atención, y en ningún caso se entablará una demanda, acción o causa de acción en ningún otro estado. La elección de la ley y las disposiciones de selección de foros de este párrafo son obligatorias y no son permisivas en el caso de que deba optar por presentar un agravio.

**Citas perdidas:** Sun Eye Care, PA solicita un aviso de cancelación de cita con 24 horas de anticipación. Las citas perdidas que no hayan sido canceladas previamente pueden tener un cargo de \$ 25.00, dependiendo de las circunstancias de la cancelación. Los pacientes que cancelan repetidamente o no se presentan a las citas pueden ser dados de alta de la práctica.

**Cheques devueltos:** El cargo por un cheque devuelto es de \$ 35 pagadero en efectivo o giro postal. Esto se aplicará a su cuenta además del monto insuficiente de fondos. Puede ser colocado solo en efectivo después de cualquier cheque devuelto.

**Copias de registros médicos:** a los pacientes que soliciten copias de registros médicos se les puede cobrar dependiendo del volumen de la cantidad solicitada. A los abogados y compañías de seguros se les cobrará una tarifa de \$ 15, más gastos de envío, más: \$ .25 por página y \$ 15 por una factura detallada.

**Menores:** los padres o tutores son responsables del pago completo y recibirán los resúmenes de facturación. Es posible que se requiera una autorización firmada para tratar a los menores no acompañados.

**Política de saldo pendiente:** es nuestra política de oficina que todas las cuentas vencidas se envíen dos estados de cuenta. Si no se realiza el pago en la cuenta, se realizará una sola llamada telefónica para tratar de hacer los arreglos de pago. Si no se puede hacer una resolución, la cuenta puede enviarse a la agencia de cobranzas o al abogado, y la posible descarga de la práctica. En el caso de que se entregue una cuenta para cobros, la persona financieramente responsable de la cuenta será responsable de todos los costos del cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales.

He leído y entiendo la política financiera de esta práctica y acepto cumplir sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de firma \_\_\_\_\_

# Aviso de exención de responsabilidad de no cobertura: Para Seguro Privado



El Aviso de exención de responsabilidad se utiliza para proporcionar notificaciones voluntarias de responsabilidad financiera por artículos o servicios que su seguro privado puede no cubrir para los servicios enumerados a continuación. Su seguro privado no paga todos sus costos de atención médica. El seguro privado solo paga los artículos y servicios cubiertos en función de sus beneficios y es responsabilidad del asegurado estar al tanto de los beneficios cubiertos. El hecho de que su seguro no pague por un artículo o servicio en particular no significa que no deba recibirlo. Sin embargo, debe elegir recibir este / estos artículos o servicios de atención médica.

Es posible que el seguro privado no pague los siguientes artículos o servicios.

Visual Field Test <b>\$118-169</b> (CPT Codes: 92081, 92082, 92083)	Corneal Topography <b>\$115</b> (CPT Code: 92025)
OCT <b>\$118</b> (CPT Codes: 92133, 92134)	Fundus Photos <b>\$136</b> (CPT Code: 92250)
Tear Lab <b>\$53-106</b> (CPT Code: 83861)	Pachometry <b>\$111</b> (CPT Code: 76514)
B-Scan <b>\$326</b> (CPT Code: 76512)	Refraction Test <b>\$42</b> <b>OTHER:</b>

**Motivo de la falta de pago:** Servicios de beneficios no cubiertos y / o artículos: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que su compañía de seguros no decidirá si pagará a menos que reciba el artículo o los servicios anteriores. Si su seguro niega el pago, usted será totalmente responsable del pago. Es decir, debe pagar personalmente, ya sea de su bolsillo o mediante cualquier otro seguro que pueda tener. Puede apelar la decisión de su seguro.

Su seguro privado permite que podamos facturarle por artículos o servicios y que tenga que pagar la factura mientras su seguro toma una decisión. Si su seguro paga, le reembolsaremos los pagos realizados. El propósito de este formulario es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si desea recibir estos artículos o servicios, sabiendo que es posible que tenga que pagarlos usted mismo. Antes de tomar una decisión sobre sus opciones, debe leer este aviso completo detenidamente.

- Pídanos que le expliquemos si no comprende por qué su seguro puede no pagar.
- Pregúntenos cuánto le costarán estos artículos o servicios. (Costo total estimado: \$\_\_\_\_\_)

POR FAVOR ELIGE UNA OPCIÓN

Sí. \_\_\_\_\_ (Inicial) Quiero recibir estos artículos o servicios. Por favor envíe mi reclamo a mi seguro privado. Acepto aceptar la responsabilidad financiera en caso de que mi seguro decida no pagar.

Sí. \_\_\_\_\_ (Inicial) Quiero recibir estos artículos o servicios, pero no le cobro a mi seguro. Se le pedirá que pague los artículos o servicios al momento del servicio (tarifas de descuento de pago privado disponibles). No puedo apelar si no se factura el seguro.

NO. \_\_\_\_\_ (Inicial) He decidido no recibir estos artículos o servicios. Entiendo que no podrá presentar un reclamo a mi seguro y que no se hará una apelación a mi seguro.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente / Parte responsable)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

# Aviso anticipado de no cobertura del beneficiario (ABN-GA) Sun Eye Care, P.A.

Medicare requiere que se le entregue este formulario para alertarlo de que Medicare puede no pagar los servicios enumerados a continuación. Medicare no paga todos sus costos de atención médica. Medicare solo paga los artículos y servicios cubiertos cuando se cumplen las reglas de Medicare. El hecho de que Medicare no pueda pagar un artículo o servicio en particular no significa que no deba recibirlo. Sin embargo, debe elegir recibir este / estos artículos o servicios de atención médica.

Es posible que Medicare no pague los siguientes artículos o servicios.

Visual Field Test <b>\$118-169</b> (CPT Codes: 92081, 92082, 92083)	Corneal Topography <b>\$115</b> (CPT Code: 92025)
OCT <b>\$118</b> (CPT Codes: 92133, 92134)	Fundus Photos <b>\$136</b> (CPT Code: 92250)
Tear Lab <b>\$53-106</b> (CPT Code: 83861)	Pachometry <b>\$111</b> (CPT Code: 76514)
B-Scan <b>\$326</b> (CPT Code: 76512)	Refraction Test <b>\$42</b> <b>OTHER:</b>

**Motivo de la falta de pago: Servicio (s) y / o artículo (s) de beneficios no cubiertos:**

\_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que Medicare no decidirá si pagará a menos que reciba el artículo o los servicios anteriores. Si Medicare niega el pago, usted será totalmente responsable del pago. Es decir, debe pagar personalmente, ya sea de su bolsillo o mediante cualquier otro seguro que pueda tener. Puede apelar la decisión de Medicare.

Medicare permite que podamos facturarle por artículos o servicios y que tenga que pagar la factura mientras Medicare toma su decisión. Si Medicare paga, le reembolsaremos los pagos realizados.

El propósito de este formulario es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre si desea recibir estos artículos o servicios, sabiendo que es posible que tenga que pagarlos usted mismo. Antes de tomar una decisión sobre sus opciones, debe leer este aviso completo detenidamente.

- Pídanos que le expliquemos si no comprende por qué Medicare puede no pagar.
- Pregúntenos cuánto le costarán estos artículos o servicios. (Costo total estimado: \$ \_\_\_\_\_)

**POR FAVOR ELIGE UNA OPCIÓN**

- Sí. \_\_\_\_\_ (Inicial) Quiero recibir estos artículos o servicios. Por favor envíe mi reclamo a Medicare. Acepto aceptar la \_\_\_\_\_ responsabilidad financiera en caso de que Medicare decida no pagar.
- Sí. \_\_\_\_\_ (Inicial) Deseo recibir estos artículos o servicios, pero no le cobro a Medicare. Se le pedirá que pague los \_\_\_\_\_ artículos o servicios al momento del servicio. No puedo apelar si no se factura a Medicare.
- NO. \_\_\_\_\_ (Inicial) He decidido no recibir estos artículos o servicios. Entiendo que no podrá presentar un reclamo a \_\_\_\_\_ Medicare y que no se presentará una apelación a Medicare.

Este aviso da nuestra opinión, no una decisión oficial de Medicare. Si tiene preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al 1-800-633-4227 / TTY: 1-800-486-2048. Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. También recibiste una copia.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente / Parte responsable)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## Consentimiento para el examen y aviso de prácticas de privacidad

### Aviso de prácticas de privacidad y HIPAA

Esta sección resume el Aviso de prácticas de privacidad adoptado por Sun Eye Care, P.A. Se le enviará un aviso completo por escrito cuando lo solicite. También se puede encontrar en nuestro sitio web en [www.suneyecare.com](http://www.suneyecare.com). La intención del Aviso de prácticas de privacidad es informarle sobre cómo usamos su información de salud protegida.

En general, su información de salud protegida se utiliza con el fin de proporcionar tratamiento, obtener el pago del tratamiento y realizar operaciones de atención médica. Su información de salud protegida puede usarse o divulgarse solo para esos fines, a menos que haya otorgado autorización o según lo permita la HIPAA o según lo exija la ley. Los ejemplos de estas divulgaciones adicionales incluyen informar riesgos potenciales para la salud pública, informar sospechas de abuso o negligencia, divulgar información junto con procedimientos judiciales o con fines de aplicación de la ley, con fines de investigación y para funciones gubernamentales específicas.

Usted tiene derechos bajo HIPAA con respecto a su información de salud protegida, que incluye el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida, el derecho a recibir comunicaciones confidenciales de esta oficina, el derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud protegida y el derecho a recibir una copia en papel de este aviso. También tiene derecho a solicitar enmiendas y restricciones a los usos y divulgaciones de su información de salud protegida. Sin embargo, dichas enmiendas y restricciones pueden ser negadas por esta oficina según lo permitido o requerido por HIPAA. Si paga por completo un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones a su asegurador de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esta información.

Los términos de este aviso pueden modificarse ocasionalmente según lo exija la ley o según sea necesario. Cualquier cambio en las disposiciones de la Notificación sería efectivo para toda la información de salud protegida futura y se pondría a disposición de los pacientes por correo o contacto directo en persona.

Si considera que se han violado sus derechos con respecto al mantenimiento o divulgación de su información de salud protegida, puede expresar sus inquietudes a cualquiera de los dos oficiales de privacidad de esta oficina, Janene Moore, o al Secretario de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias ni tomaremos medidas contra usted por presentar una queja.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Reconozco que he leído y entendido el Aviso de prácticas de privacidad.

### Consentimiento para el uso de medicamentos dilatadores

Se usan gotas de dilatación para agrandar la pupila y permitir el examen del interior del ojo. Aunque ocurre raramente, los riesgos de estos medicamentos incluyen reacción alérgica, glaucoma agudo y reacciones sistémicas que incluyen aumento de la presión arterial, latidos cardíacos irregulares o rápidos y mareos. Además, el uso de gotas dilatantes causará visión borrosa y sensibilidad a la luz, lo que puede hacer que conducir y ciertas condiciones de trabajo sean peligrosas después de un examen ocular durante un período de 4 a 6 horas o más.

Sin embargo, si no se usan gotas oculares dilatantes, el examen es subóptimo y ciertas afecciones, como la degeneración macular, el glaucoma y los tumores retinianos, pueden no diagnosticarse.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Doy mi consentimiento para el uso de medicamentos para la dilatación de los ojos.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Rechazo el uso de medicamentos para la dilatación de los ojos.

### **Reconocimiento de la política de refracción y consentimiento para la refracción**

La política de Medicare requiere que la refracción (el examen para determinar la prescripción de anteojos) se facture por separado de un examen de la vista. Medicare y la mayoría de las compañías de seguros comerciales no pagan la refracción. Los pacientes son responsables del pago de una refracción a menos que tengan un plan de visión que cubra los servicios de atención ocular de rutina. El pago se debe en su totalidad al momento en que se prestan los servicios de refracción.

Si rechaza tener una refracción, existe un mayor riesgo de que haya un retraso en el diagnóstico de algunas enfermedades oculares que pueden causar discapacidad visual a largo plazo. Además, la disminución de la refracción antes de algunas cirugías puede resultar en el impago de la cirugía por parte de su compañía de seguros o Medicare, en cuyo caso usted sería responsable del pago.

#### **Cargo por refracción a partir del 01/01/19: \$ 42.00**

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Reconozco que he leído y entendido la política de refracción.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Doy mi consentimiento para la refracción cuando mi médico lo determine apropiado.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Rechazo la refracción en este momento.

### **Responsabilidad financiera y consentimiento para tratamiento**

Es la política de Sun Eye Care, P.A. ese pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Como beneficio para usted, facturaremos los servicios directamente a su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de todos los cargos, incluidos, en caso de incumplimiento, los costos de cobro y los honorarios de los abogados.

Por la presente autorizo la asignación de beneficios de procedimientos médicos y quirúrgicos de Medicare, Medicaid, otros seguros gubernamentales y / o seguros privados a: Sun Eye Care, P.A., 5920 Cromo Dr El Paso, TX 79912.

Autorizo al Dr. Foote, al Dr. Barentine, al Dr. Krinkey, al Dr. Weber, al Dr. Kircher, al Dr. Kim o al Dr. Mehta para que brinden atención médica y quirúrgica razonable y apropiada de acuerdo con los estándares de atención de la Academia Estadounidense de Oftalmología.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_ (Iniciales) He leído y comprendido todo este documento.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Este documento me lo leyó: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Este documento me fue presentado en mi idioma nativo.

Sun Eye Care PA

# CONSENTIMIENTO Y DIRECCIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)



En cumplimiento de la HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) y para ayudar a proteger su información financiera y de salud, le pedimos que complete este formulario. Puede cambiar sus respuestas a este formulario en cualquier momento. Mantendremos una copia digital en el archivo de su cuadro. Nos esforzaremos por cumplir sus deseos, excepto cuando lo exija la ley, como se describe en la declaración de Aviso de Protección de Privacidad que ha leído y firmado.

Con respecto a la divulgación de su información de salud, lea las listas a continuación y marque la casilla que refleja sus deseos.

## Durante el examen

Usted (Sun Eye Care, PA) puede hablar con todas y cada una de las personas que me acompañan durante mi examen directamente y / o permitirles escuchar toda la información o discusiones indirectamente. Entiendo que si no quiero que esa persona conozca la conversación, debo pedirle que salga de la sala de examen.

Sí  No

Hay ciertas personas con las que prefiero que no hable con respecto a mi información médica mientras me examinan:

Sí  No

Nombre:

Relación:

---

---

## Contactos telefónicos

Doy mi consentimiento para recibir toda la información sobre citas, laboratorio, radiología y otros resultados de las pruebas, así como información financiera, incluidos recordatorios de facturas pendientes en la línea telefónica de mi casa y / o teléfono celular personal.

Sí  No

Restrinja la información de la siguiente manera:

---

---

Puede dejar mensajes de correo de voz o mensajes en mi contestador automático con respecto a citas, laboratorio, radiología y otros resultados de las pruebas, así como información financiera.

Sí  No

Si no, enumere las restricciones a continuación:

---

¿Cómo podemos dejar la información anterior para usted entonces?

---

---

Puede hablar o dejarme mensajes con todos y cada uno de los miembros de mi familia u otras personas significativas, ya sea que me llame como se explicó anteriormente o cuando o si llaman con preguntas específicas sobre mi atención.

Sí  No

Excepto en el caso de una emergencia, restrinja la información que deje de la siguiente manera y / o no hable con las siguientes personas:

---

---

**Medios electrónicos**

Puede ponerse en contacto conmigo por diversos métodos, incluido el correo electrónico, mensajes de texto u otra información de contacto de Internet o redes que le dejo y puede enviar cualquier información descrita anteriormente. Tenga en cuenta que la PHI no se divulgará en lo que nosotros (Sun Eye Care, PA) consideramos que es un modo de transmisión "no seguro".

Sí  No

Restrinja la información, el modo o la transmisión de medios de la siguiente manera:

---

---

**Otras restricciones**

Solicito restricciones en la divulgación de PHI como se indica a continuación:

---

---

---

---

(Firma del paciente)

---

(Fecha)

# HISTORIAL MEDICO PARA PACIENTES NUEVOS



Quien es su médico general?

Por quien fue referido a nuestra oficina?

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Historial Clinico de los Ojos

Ha tenido heridas o lastimaduras en los ojos en el pasado?

Si

No

Necesitó atención medica?

Si

No

Perdió visión a consecuencia de la herida?

Si

No

Por favor, describa la herida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fue diagnosticado con problemas de los ojos en su infancia o niñez como "ojo flojo" (ambliopia), ojos cruzados (estrabismo), retinopatía por nacimiento prematuro, o cualquier problema de ojos que haya sido heredado?

Este problema necesito de tratamiento?

Si

No

Describe el problema y el tratameinto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existen enfermedades de los ojos en miembros de su familia (como glaucoma, degeneración de la macula, o otras condiciones hereditarias)?

Si

No

Favor de nombrarlas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Usa lentes o lente de contacto?

Si

No

Los ha usado en el pasado?

Si

No

Apunte condiciones medicas de sus ojos y fecha cuando fue diagnosticado (como catarata, glaucoma, degeneracion de la macula, enfermedad de ojo diabetico).

Nombre de condición

Año diagnosticado

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Anote cirugías en sus ojos o tratamientos de LASER, nombre del cirujano y fecha. (Por ejemplo, cirugía de cataratas, glaucoma o tratamiento con LASER por diabetes.)

Clase de cirugía

Medico

Año operado

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

Indique pomadas, gotas o otros medicamentos que este usando para sus ojos.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### Historia Clinica General:

Anote condiciones medicas que tiene, año diagnosticado y el medico quien trata el problema. (Por ejemplo diabetes, alta presión)

Ninguno

Nombre de condición  
diagnosticado

Medico

Año

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



Anote alergias a medicamentos y sus reacciones

---

---

---

### HISTORIA SOCIAL Y FAMILIAR

Anote enfermedades hereditarias en su familia. (como cáncer, diabetes, glaucoma)

Miembro de la familia

Nombre de condicion o causa de muerte

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Consume o consumía bebidas Alcohólicas? Cantidad y frecuencia: \_\_\_\_\_

Fuma/fumaba? Cantidad y frecuencia: \_\_\_\_\_

Usa drogas? Que clase y quanto: \_\_\_\_\_

Vive  solo  con la familia  acilo de ancianos  otro \_\_\_\_\_

Es  casado  solo  envuido  divorciado

En que trabaja o de que se jubilo? \_\_\_\_\_

Quien es su empresario? \_\_\_\_\_

**REVISION DE APARATOS Y SISTEMAS:** Por favor, tacha todos siguientes que le applique

**GENERAL**

- Salud normal ultimamente
- Cambios de peso
- Disminucion de apetito
- Fiebre o sudores durante la noche
- Fatiga, debilidad o caer
- Obesidad

**ALLERGIA/INMUNOLOGIA**  N/A

Historia de reacción alérgica a:

- Penicilina o otros antibióticos
- Morfina, Demerol o otros narcoticos
- Novocaina o otros anestésicos
- Aspirina o otros analgesios
- Antitoxina tetano o otros sericos
- Yodo, mertiolate o otros antisepticos
- Otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias a comida: \_\_\_\_\_

Alergias ambiente: \_\_\_\_\_

**CARDIOVASCULAR**  N/A

- Problemas con el corazon o dolor del pecho
- Palpitaciones
- Falta de respiración al caminar
- Falta de respiracion en reposo
- Tobillo o pies hinchado

**OTORRINOLARINGOLOGIA**  N/A

- Falta de oido o tumbido
- Dolor o secrecion de oido
- Problemas crónicas del sinusitis
- Sangrado por nariz
- Ulceras de la boca
- Dolor de la garganta o cambios de la voz

**ENDOCRINO**  N/A

- Problemas hormonal con las glándulas
- Enfermedad de la tiroides
- Intolerancia de calor o frio
- Colesterol alta
- Diabetes
- Excesivo sed o orinacion

**GASTROINTESTINAL**  N/A

- Cambios de evacuacion
- Nausea o vomitar
- Diarrea frecuente
- Dolor con evacuar o estrenimiento
- Sangrado por recto o en el excremento
- Dolor del estomago
- Ulceras en el estomago

**GENITOURINARY**  N/A

- Frecuente orinar durante la noche
- Dolor o ardor con orinar
- Sangre en la orina
- Incontinencia de orina
- Escaras o secrecion

- Piedras de rinones
- Dificultad sexual
- Varon – dolor de o bolitas en los testiculos
- Varon – secrecion de o escaras en el pene
- Hembra – regla dolorosa o irregular
- Hembra – examen de Papanicolau abnormal
- Hembra – secrecion vaginal
- Hembra – numero de los embarazos \_\_\_\_\_

Hembra – numero de los abortos natural: \_\_\_\_\_

Hembra – fecha de la última prueba del cancer. \_\_\_\_\_

**HEMATOLOGIA/LINFATICO**  N/A

- Sana despacio después de una herida
- Sangrado o moretones fácilmente
- Anemia
- Coagulos
- Transfucion de sangre
- Glandulas agrandados

**INTEGUMENTARIA**  N/A

- Erupción o picazón de piel
- Cambios en color de piel
- Cambios en el pelo o las unas
- Venas varicosas
- Bolitas o dolor en los senos
- Historia de mamograma abnormal

**MUSCULOESQUELETICO**  N/A

- Dolor articulaciones
- Hinchado o tieso de articulaciones
- Deblilidad de los musculos o articulos
- Dolor o calambres en los musculos
- Dolor de espalda
- Dificultad con caminar
- Historia de fracturas de huesos

**NEUROLOGIA**  N/A

- Dolores de cabeza frecuentes
- Siente mareos a veces
- Convulsiones/Ataques
- Hormiguelo
- Temblores
- Paralisis
- Derrame de cerebro o embolio
- Herida de la cabez

**OCULAR**  N/A

- Enfermedades o heridas a los ojos
- Usa lentes o contactos
- Vista doble o nublado
- Glaucoma o cataratas

**PSIQUIATRICO**  N/A

- Perdida de memoria o confusion
- Nervioso o ansiedad

- Preocupación sobre su trabajo, dinero, familia
- Depresión, llora frecuente o se disgusta por nada
- Dificultad con dormir

PULMONARIA  N/A

- Tos crónica
- Expuesto a tuberculosis
- Sangra al toser
- Falta de aire
- Asma o chiflidos en el pecho

Other \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ M.D.

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



