

historial del paciente

| | | | | |
|--|--------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Apellido, Nombre | | Nombre de preferencia | Fecha de nacimiento | Identificación del paciente |
| Médico | Fecha | Hora de cita | Tipo de examen | Categoría |
| Fecha de última cita/tipo: | | Razón de su visita: | | |
| Seguro médico: | | | | |
| Seguro de la vista: | | | | |
| Cada año su médico recomienda fotos digitales de la parte posterior del ojo. Estas fotos ayudan a su médico en la identificación de desórdenes oculares potencialmente: ceguera y enfermedades tales como: glaucoma, degeneración macular, enfermedad ocular diabética, etc. Las fotos no están cubiertas por el seguro de la vista, ¿está bien hacerlo hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me gustaría tener más información Firma del paciente _____ | | | | |

Información demográfica:

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre de preferencia: _____

Fecha de nacimiento: _____ correo electrónico: _____

Domicilio: _____

Hogar _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Seguro social: _____ Profesión: _____ Lugar de empleo/escuela: _____

Información del seguro médico primario:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Es necesario dilatar las pupilas para realizar un examen ocular completo y detallado. Esto le permite al médico obtener una mejor vista de la parte posterior de sus ojos. Las gotas que dilatan típicamente duran 3-4 horas. Durante este tiempo, puede que le resulte difícil enfocar de cerca y puede ser sensible a la luz. Después de la dilatación se te proporcionarán gafas de sol. Después de la dilatación, recomendamos precaución al manejar o al trabajar con maquinaria o equipos. Si siente que no podrá manejar o regresar al trabajo, podemos reprogramar la parte de dilatación de su examen. **ENTENDIENDO LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA DILATACIÓN. ACEPTO REHUSO** la dilatación.

En el caso de que sea necesario que compartamos su expediente o solicitemos su expediente a otro profesional de la salud, se requiere su permiso por escrito. Por favor lea y firme a continuación.

FIRMA DEL PACIENTE (paciente o tutor): _____

RESPONSABILIDAD DE SEGURO/FINANCIERA- POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Nuestra oficina intenta obtener los beneficios correctos de seguro médico para cada paciente. Para hacerlo, se nos debe proporcionar información actualizada. Antes de venir a su cita, esperamos que cada paciente esté familiarizado con los beneficios de su seguro. Presentar un reclamo a su seguro médico no es una garantía de pago. Cualquier cantidad no pagada por el seguro será su responsabilidad. En estas situaciones, después de que el paciente paga el copago, coaseguro y cualquier cantidad de su deducible o cualquier cargo no cubierto por el seguro, automáticamente presentaremos un reclamo a su seguro por el reembolso del saldo restante que será pagado directamente a nosotros. Si su seguro médico no es uno con el que tenemos contrato, es su responsabilidad pagar los servicios a nosotros y presentar un reclamo a su seguro médico para que le puedan reembolsar. Le proporcionaremos la documentación apropiada para hacerlo. Tenga en cuenta: que en cualquier situación, la responsabilidad final de las obligaciones financieras cae en usted. Apreciamos su cooperación en este asunto. Si en algún momento tiene preguntas sobre el seguro médico o la facturación, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina. Haremos todos los intentos razonables para ayudarlo. Gracias.

Es política de esta oficina exigir:

- | | |
|---|---|
| 1.) El pago completo o al menos la mitad antes que podamos hacer el pedido. | 3. Se cobrará un cargo de \$ 25.00 por los cheques devueltos. |
| 2.) El saldo debe pagarse en el momento en que se entrega la orden. | 4. Todos los pedidos son finales no hay devoluciones |

AGRADECEMOS POR TOMARSE EL TIEMPO EN COMPLETAR ESTE DOCUMENTO Y ELEGIRNOS PARA BRINDARLE ATENCIÓN DE LA VISTA/CUIDADO DE LOS OJOS.

Firma del paciente (paciente o tutor): _____ Fecha: _____