

Vision Veinte Veinte

6915 S. Zarzamora Street Suite 107B, San Antonio, Texas 78224 (210) 928-2022

Gracias por visitarnos hoy

Por favor llene todas las casillas completamente para proveerle una evaluación visual más completa

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Circule algo: Paciente **nuevo** o Paciente **establecido**

Último examen de los ojos: _____

¿Cómo escuchó de nosotros?: _____

ID# o Número de seguro social: _____

Primer nombre _____ Apellido _____

Género (*circule*): M o F

Fecha de nacimiento: Mes _____ Fecha _____ Año _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____

Teléfono celular: (_____) _____

Email: _____

Relación con el asegurado (*circule*): Yo / Espos(a) / Hijo(a)

Ocupación: _____

Titular de seguro primario

Paciente y titular de seguro primario son los mismos:

Número de seguro social: _____

Primer nombre _____ Apellido _____

Género (*circule*): M o F

Fecha de nacimiento: Mes _____ Fecha _____ Año _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____

Teléfono celular: (_____) _____

Nombre de seguro: _____

de ID de miembro: _____

***** Office – Use – Only *****

INSURANCE

Name: _____

Authorization #: _____

COPAYMENT: \$ _____

Con mi firma, aseguro que toda la información que he llenado es correcta y precisa. Yo acepto la responsabilidad financiera de todos los gastos incurridos en la visita de hoy y entiendo que los pagos se hacen al momento de recibir los servicios médicos. Si el seguro no paga el paciente será considerado responsable de cualquier material o servicio no cubierto. La falta de pago puede resultar en que su factura se envíe a la colecciones. Yo autorizo que los pagos de mis beneficios visual y/o médicos se hagan en beneficio de la Dr. Nataly Gammoh, O.D. Yo autorizo entregar mi información medica y cualquier otra información para el proceso de facturación y pago a la entidad que acepta mi firma.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente / Padre / Guardián legal / Asegurado

Por favor llene y circule Sí o No lo mas completo posible

HISTORIA MÉDICA	HISTORIA OCULAR
<p>FÍSICO <input type="checkbox"/> Desarrollado, <input type="checkbox"/> Cáncer, <input type="checkbox"/> Fatiga</p> <p>OÍDO, NARIZ, GARGANTA <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición, <input type="checkbox"/> Sinusitis, <input type="checkbox"/> Boca seca, <input type="checkbox"/> Laringitis</p> <p>NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple, <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral, <input type="checkbox"/> Tumor, <input type="checkbox"/> Migraña</p> <p>PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> Depresión, <input type="checkbox"/> Deficiente de Atención, <input type="checkbox"/> Ansiedad, <input type="checkbox"/> Bipolar</p> <p>CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Presión alta, <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Infarto, <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular, <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</p> <p>RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> Fumador, <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis, <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Obstrucción Crónica, <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño</p> <p>GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> Crohn's <input type="checkbox"/> Colitis, <input type="checkbox"/> Úlcera, <input type="checkbox"/> Reflujo ácido, <input type="checkbox"/> Enfermedad Celíaca</p> <p>GENITOURINARIAS <input type="checkbox"/> Enfermedad renal, <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata, <input type="checkbox"/> STD, <input type="checkbox"/> Hipertrofia Benigna de la Próstata, <input type="checkbox"/> Embarazada, <input type="checkbox"/> Enfermería, <input type="checkbox"/> Herpes, <input type="checkbox"/> Clamidia</p> <p>MUSCULO-ESQUELÉTICO <input type="checkbox"/> Artritis, <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Fibromialgia, <input type="checkbox"/> Distrofia muscular, <input type="checkbox"/> Espondilitis Anquilosante, <input type="checkbox"/> Osteoporosis, <input type="checkbox"/> Gota</p> <p>INTEGUMENTARIO O PIEL <input type="checkbox"/> Eczema, <input type="checkbox"/> Rosácea, <input type="checkbox"/> Psoriasis, <input type="checkbox"/> Herpes Simplex, <input type="checkbox"/> Herpes Zoster / culebrilla</p> <p>ENDOCRINO <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2, <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1, <input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea, <input type="checkbox"/> Hormonal Disfunción</p> <p>HEMATOLÓGICA / LINFÁTICO <input type="checkbox"/> Anemia, <input type="checkbox"/> Volumen grande la pérdida de sangre, <input type="checkbox"/> Úlcera, <input type="checkbox"/> Colesterol</p> <p>ALERGICA / INMUNOLOGICO <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos, <input type="checkbox"/> Alergias Ambientales, <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide, <input type="checkbox"/> Lupus, <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren</p> <p>HISTORIA SOCIAL <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas</p> <p>LAS MUJERES <input type="checkbox"/> Embarazada, ¿Cuantos meses?____, <input type="checkbox"/> Lactancia</p>	<p>¿Se le ha diagnosticado alguna vez con alguno de los siguientes?</p> <p>Cataratas..... SI / NO Degeneración macular SI / NO Glaucoma SI / NO Diabetes SI / NO Retinopatía diabética SI / NO Ojo seco SI / NO Infecciones del Ojo..... SI / NO Flotadores / Destellos de Luz..... SI / NO Iritis / uveítis SI / NO Desprendimiento de retina SI / NO</p> <p>¿Tiene alguno de los siguientes problemas oculares?</p> <p>Ojos Rojos..... SI / NO Ardor SI / NO Picazón SI / NO Ojos llorosos SI / NO Secreción mucosa..... SI / NO Visión borrosa SI / NO Fatiga visual SI / NO Dolor de ojos SI / NO Sensibilidad severa a la luz SI / NO Dolor de cabeza SI / NO Mala visión nocturna SI / NO Molesto deslumbramiento nocturno SI / NO Doble Visión SI / NO Pérdida total de la visión SI / NO</p> <hr/> <p>¿Ha tenido alguno de los siguientes?</p> <p>Accidente en los ojos SI / NO Cirugías de los ojos..... SI / NO Ojo desviado o flojo..... SI / NO</p> <p>Anote todos los medicamentos que está tomando: _____(Ninguno)</p> <p>Anote si es alérgico a comidas y medicamentos: _____(Ninguno)</p>
FAMILIA MEDICA Y HISTORIA OCULAR	
<p>Por favor marque si alguno de su familia inmediata ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones y por favor especificar que miembros de la familia.</p> <p>Cáncer..... SI (¿Quién? _____) / NO Diabetes tipo 1 SI (¿Quién? _____) / NO Diabetes tipo 2 SI (¿Quién? _____) / NO Presión alta SI (¿Quién? _____) / NO Problemas de la tiroides..... SI (¿Quién? _____) / NO Cataratas..... SI (¿Quién? _____) / NO Degeneración Macular SI (¿Quién? _____) / NO Glaucoma..... SI (¿Quién? _____) / NO</p>	

FOTOGRAFIA DE LA RETINA

Fotografía de la retina utiliza una cámara digital de alta resolución especial para tener una visión detallada de su retina de la parte posterior de sus ojos. Esto ayuda a detectar y tratar enfermedades importantes como el glaucoma, la diabetes y la degeneración macular. Muchas enfermedades de los ojos y de la salud, si se detecta en una etapa temprana, pueden ser tratados con éxito sin pérdida de la visión. Sus imágenes de la retina serán almacenados electrónicamente. Esto le da al médico un registro permanente de la condición y el estado de su retina. Recomendamos que todos nuestros pacientes reciban esta prueba. Es especialmente importante para las personas con antecedentes personales/familiares de recetas de alta, presión alta, diabetes, enfermedades de la retina, luces intermitentes, flotadores o dolores de cabeza. Creemos firmemente en la detección precoz y el tratamiento de todas las enfermedades y condiciones oculares y lo recomiendo a todos los pacientes de tener este procedimiento realizado. Este es un método mucho más rápido y más seguro, porque no hay gotas o efectos secundarios. La dilatación se sumará otros 20 minutos para su examen. En algunos casos tendremos que dilatar con la cámara de retina. Los seguros cubren la dilatación, pero tendrá los efectos secundarios de sensibilidad a la luz y visión borrosa durante 4-6 horas.

Me gustaría tener las fotos de la retina hoy, el costo es \$ 29 Sí No

Me gustaría tener la dilatación hecho hoy, el costo es \$ 29 Sí No

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE Y PERMISO / CONSENTIMIENTO PARA HACER UNA CITA PARA EXAMENES OCULARES FUTUROS:

La ley me requiere asegurar que su información se mantenga privada. Su Información Personal de Salud (IPS) constituye información creada o conocida por mí que pueda ser utilizada para identificarle con diferentes agencias. Esta contiene datos sobre su salud o condición pasada, presente, o futura, sobre el proveerle servicios de cuidado médico, o el pago por dichos servicios de salud. Me requieren proveerle este aviso sobre mis procedimientos de privacidad. Esta notificación debe explicar cuándo, porqué, y cómo usaría y/o divulgaría su IPS. El uso de su IPS significa cuando comparto, aplico, utilizo, examino, o analizo información dentro de mi práctica; la IPS es divulgada cuando yo la cedo, transfiero, doy, o revelo de otra manera a terceras personas fuera de mi práctica. Con algunas excepciones, puede que yo no utilice o divulgue más de su IPS que lo que sea necesario para lograr el propósito de la divulgación; sin embargo, yo siempre soy requerido(a) legalmente a seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Puede estar seguro que su información no será vendida a terceras personas para otros beneficios.

Yo autorizo a esta clínica para remitir el reclamo a mi seguro visual para reembolso por servicios de visión

Estoy de acuerdo con estos procedimientos y autorizo la examinación y tratamiento de mi vista

Autorizo que esta ubicación programe automáticamente exámenes anuales de la vista. Se enviarán múltiples notificaciones de dichos exámenes a través de mensajes de texto, teléfono (teléfono celular / teléfono fijo) y / o correo electrónico a medida que se acerca el examen anual de la vista programado.

Paciente/Guardian _____ Fecha _____