Nombre del paciente : _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha de hoy** : _____

Dirección:_____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____**Código postal:** _____

SSN: _____ **Correo electrónico:** _____ ** Se requieren prácticas para obtener esto para ofrecer a los pacientes un portal web.*

Número de teléfono preferido: (_____**)** _____ **-** _____ **Número de teléfono secundario: (**_____**)**_____ **-**_____

Círculo: celda / casa / trabajo **Círculo:** celda / casa / trabajo

Nombre del contacto de emergencia: _____ **Relación:** _____ **Número de teléfono:**_____

DEMOGRAFIA

(La Ley Estadounidense de Recuperación y Reinversión de 2009 requiere que las prácticas utilicen registros médicos electrónicos y recopilen estos datos para fines estadísticos propósitos solamente.)

Género: □ Masculino □ Mujer **Estado civil:** □ Soltero □Casado □ Divorciado □ Viudo □ Comprometido

Raza:□ Indio americano o nativo de Alaska □Negro □Blanco □Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico □Asiático □Otro

Origen étnico: □Hispano o Latino □No hispano o latino **Idioma preferido:**□ Inglés □ Español
Ocupación: _____ □ Estudiante □Jubilado □Discapacitado □Desempleado

SEGURO

- **Seguro primario:** _____ **ID #:** _____

Nombre del suscriptor: _____ **Fecha de nacimiento del suscriptor:** _____ **SSN del suscriptor:** _____

- **Seguro secundario:** _____ **ID #:** _____

Nombre del suscriptor: _____ **Fecha de nacimiento del suscriptor:** _____ **SSN del suscriptor:** _____

HISTORIA SOCIAL

El consume de tabaco: □Nunca fumó □Ex fumador □Fumador □actual umador diario actual

Consumo de alcohol : □Ninguno □Socialmente □Moderado □Alcohólico intenso □Alcohólico en recuperación

Uso de drogas ilícitas : en *caso afirmativo, indique* _____ □ Ninguno **Embarazada?**□ Si □No □N/A (Masculino)

Ha recibido su vacuna contra la gripa?□ Sí □No **Ha recibido su vacuna contra la neumonía?** □**Sí** □ No
Ha recibido su vacuna de COVID: □Si □No

Nombre / dirección de la farmacia: _____

Médico de atención primaria: _____ **Médico de atención oftalmológica:** _____

Quien lo refirió? / Como supiste de nosotros? _____

Yo, el paciente / garante abajo firmante, certifico que tengo una cobertura activa con las compañías de seguros antes mencionadas y asigno directamente a los médicos de LCeyes todos los beneficios de seguro, si los hubiera, pagaderos de otro modo por los servicios prestados. **ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, SEA PAGADO O NO POR SEGURO.** Entiendo que es mi responsabilidad asegurar la participación en la red y obtener cualquier autorización que pueda ser requerido por mi seguro para recibir los máximos beneficios. Entiendo que todos los **COSEGURO** vencen y son pagaderos al momento del servicio y estoy de acuerdo en pagar un **Coseguro** aplicable y montos **deducibles** no cobrados en el momento del servicio, dentro de los 30 días, a menos que haya hecho arreglos previos para un plan de pago con personal de oficina. Comuníquese con su compañía de seguros para comprender completamente sus beneficios y sus responsabilidades financieras por los servicios. usted puede requerir. El personal de nuestra oficina está listo para ayudarlo en todo lo que podamos.

□**He leído una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Lowcountry Eye Specialist.**

Firma del Paciente o Garante:_____Fecha:_____

Escriba el nombre de arriba si no es el paciente:_____Relacion:_____

Especialistas en ojos de países bajos

Autorización de comunicación

Nombre del paciente: _____Fecha de nacimiento:_____

Escriba sus iniciales aqui___ no desea que se discuta su informacion medica con nadie mas que tu mismo.

Si desea que analicemos su información médica (por ejemplo, resultados de pruebas, información de prescripción etc.) con cualquier otra persona que no sea usted (cónyuge, miembros de la familia), enumere a continuación las personas que usted autoriza.

Propósito de la solicitud : autorizo a los **ESPECIALISTAS EN OJOS DE BAJOS PAÍSES** a divulgar o proporcionar información de salud sobre mí a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación.

Quiénes estarán autorizados a recibir información? (enumere la persona / entidad que recibirá su información)

Nombre_____ Relación con el paciente _____

Nombre_____ Relación con el paciente _____

Nombre_____ Relación con el paciente _____

Nombre_____ Relación con el paciente _____

Descripción de la información que se divulgará : autorizo a la práctica a divulgar la siguiente salud protegida información sobre mí a la entidad, persona o personas identificadas anteriormente:

□ Toda mi información de salud pasada, presente y futura

O

□ Toda mi información médica pasada, presente y futura con la excepción de la siguiente información:

□ Registros de salud mental □ Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

□ Enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA) □ Otro (especificar): _____ _____

Propósito de la divulgación (registre el propósito de la divulgación o marque la solicitud del paciente):

□Solicitud del paciente □ Otro (especificar) _ _____

Esta autorización vencerá al final del año calendario de su última firma a continuación, a menos que especifique una anterior terminación. Debe renovar o enviar una nueva autorización después de la fecha de vencimiento para continuar con la autorización. Por favor indique la fecha de vencimiento si es anterior al final del año calendario: _____

Tiene derecho a rescindir esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a nuestro Gerente de Privacidad.

La terminación de esta autorización entrará en vigencia mediante notificación por escrito, excepto cuando ya se haya hecho una divulgación. basado en autorización previa.

La práctica no impone ninguna condición para firmar esta autorización en la prestación de atención médica o tratamiento.

No tenemos control sobre la (s) persona (s) que ha enumerado para recibir su información médica protegida. Por lo tanto, tu es posible que la información de salud protegida divulgada bajo esta autorización ya no esté protegida por los requisitos de Privacidad Regla, y ya no será responsabilidad de la práctica.

Firme la siguiente línea de firma disponible a continuación

Firma del paciente:_____ **Fecha**:_____

DILATACIÓN

Las gotas dilatadoras se utilizan para dilatar o agrandar la pupila del ojo. Esto es necesario para que el médico realice una completa examen de la retina y la parte posterior del ojo. La dilatación cambia con frecuencia la visión durante un período de tiempo que varía desde persona a persona y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. No es posible para nosotros predecir hasta qué punto su visión será afectado. Conducir puede resultar difícil inmediatamente después de su examen. Si siente que no puede conducir de forma segura después de haber sido dilatado, le recomendamos que haga arreglos de transporte alternativos. Sin embargo, una gran cantidad de pacientes conducen después de la dilatación con la ayuda de anteojos de sol temporales, que podemos proporcionarle después de su dilatación. Tenga cuidado y determine qué es lo mejor para usted.

REFRACCIÓN

Una refracción es una prueba de diagnóstico que se utiliza para determinar la mejor agudeza visual posible y la función de su ojo. Es un critico parte de cualquier examen ocular completo y DEBE realizarse si está aquí para una evaluación de cataratas, tiene alguna queja de la vista, experimenta un cambio en su visión y / o desea una receta para anteojos.

Según lo indicado por el gobierno federal, una refracción es un servicio no cubierto por la mayoría de los planes de seguro médico que incluyen Medicare y Medicaid, ya que lo consideran un servicio "oftalmológico", no un servicio "médico". El costo de una refracción es de **$ 40.00** y se cobra en el momento del servicio además de cualquier copago o deducible que su plan de seguro pueda requerir. Si lo haces no desea que se realice esta prueba, informe al técnico durante el examen.

* Si está aquí para una evaluación de cataratas y ha tenido una refracción dentro de los 90 días, intentaremos obtener una copia de su optometrista, para que no tenga que repetirlo.

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Nuestra oficina utiliza un sistema de registro médico electrónico para mejorar la calidad de nuestros servicios. Este sistema también permite para recopilar y revisar su historial de medicamentos. Un historial de medicamentos es una lista de medicamentos recetados que recientemente le han recetado. Esta lista se recopila de una variedad de fuentes, incluida su farmacia y su aseguradora de salud. Un historial de medicación preciso es muy importante para ayudarnos a tratarlo adecuadamente y evitar medicamentos potencialmente peligrosos. interacciones. Marque una de las casillas a continuación para indicar si nos da permiso para obtener su historial de medicamentos.

□ Le doy permiso para que obtenga mi historial de medicamentos

□ No **le** doy permiso para que obtenga mi historial de medicamentos

POLÍTICAS DE PRÁCTICA

Tenga en cuenta que completar cuestionarios preliminares de salud y seguros no establece un médico. relación paciente con esta práctica. Nuestros médicos revisarán su historial médico y realizarán una evaluación inicial. para determinar si usted es un candidato adecuado y si la práctica lo aceptará como paciente.

Valoramos a nuestros pacientes y hacemos todo lo posible para que su visita sea una experiencia agradable con tiempos de espera mínimos. Tenga en cuenta que se le puede pedir que reprograme su visita para cualquiera de los siguientes:

- Llegar más de 15 minutos tarde a su cita
- Tomar más de 15 minutos para completar el papeleo
- Molestar a otros pacientes con fuertes llamadas de teléfonos móviles, niños no atendidos, etc.
- No está dispuesto a completar y firmar documentos, presentar un seguro verificable o una identificación con foto
- No puede pagar los saldos vencidos, copagos, deducibles, coseguro o montos de pago propio adeudados al momento del servicio.

Su salud es nuestra principal preocupación; sin embargo, le pedimos que participe activamente en su atención. Tenga en cuenta que puede ser dado de alta de la práctica por cualquiera de los siguientes casos:

- Comportamiento verbalmente abusivo, amenazante o violento
- No presentarse a las citas con frecuencia o reprogramarlas en el último momento
- Incumplimiento de un plan de tratamiento prescrito
- Cambiar a un plan de seguro en el que no participamos
- Saldos vencidos no resueltos o incumplimiento de los calendarios de pago

Reconocimiento : Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido la información anterior.

Firma del paciente: _____ **Fecha:**_____

Lowcountry Eye Specialists

FECHA: _____/_____/ NOMBRE

DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

POR FAVOR DESCRIBA EL MOTIVO DE SU VISITA: _____

_____

HISTORIAL OCULAR: Ha experimentado o le han diagnosticado alguno de los siguientes síntomas?

□Cataratas □ Ojos secos □ Retinopatía diabética □ Glaucoma □Degeneración macular

□Desprendimiento de retina □Lesión o traumatismo ocular (en caso afirmativo, explique) _____

Ha tenido una cirugía ocular anterior? □ **Sí** □ No (en caso afirmativo, complete los detalles a continuación)

Ojo:□ Derecho □Izquierdo Procedimiento : _____ Cirujano: _____ Fecha: _____

Ojo:□ derecho □Izquierdo Procedimiento : _____ Cirujano: _____ Fecha: _____

Ha usado alguna vez o usa lentes de contacto? □ **Sí** □No (En caso afirmativo, complete los detalles a continuación)

Fecha de la última vez que lo usó: _____ Marca: _____ Poder: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Utiliza actualmente gotas para los ojos? □ **Sí** □No (En caso afirmativo, complete los detalles a continuación)

Nombre de la gota: _____ Frecuencia de uso: _____ Ojo (s):□ Derecho □Izquierdo □ Ambos

Nombre de la gota: _____ Frecuencia de uso: _____ Ojo (s): □Derecha □ Izquierda □ Ambos

ALERGIAS A DROGAS:

□Ninguna □Aspirina □ Codeína □ Sulfa □ Penicilina □ Otro _____

HISTORIAL MÉDICO:

□AIDS
□Reflujo
□COPD
□Insuficiencia cardíaca congestiva
□Hepatitis (Tipo:___)
□Alergias (estacionales)
□Arteriopatía coronaria
□Lupus
□Alzheimer
□Demencia
□Migrañas
□Ansiedad
□Depresión
□Marcapasos
□Artritis
□Diabetes (□Tipo 1 □Tipo 2 Insulina :□ **Sí** □ No
□Artritis reumatoide
□Válvula cardíaca artificial
□Fiebre reumática
□Articulaciones Artificiales
□Enfisema
□Herpes
□Asma
□Epilepsia
□Condición de la piel (Tipo: ____)
□Desorden sangrante
□Enfermedad del corazón (tipo: _____)
□Accidente cerebrovascular (Fecha:___)
□Cáncer (Tipo: _____)
□Alta presión sanguínea
□Condición de la tiroides
□Dependencia química
□Colesterol alto
□Tuberculosis
□Otro _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: (Incluya el nombre, la dosis y la frecuencia)

□Ninguna

CIRUGÍAS ANTERIORES:

□Ninguna

HISTORIA FAMILIAR: A alguno de sus familiares directos (padre, madre, abuelo, hermano) se le ha diagnosticado lo siguiente?

□Catarata (Relación contigo: _____) □ Diabetes (Relación contigo: _____)

□Glaucoma (Relación con usted: _____) □Degeneración macular (Relación contigo: _____)

□Otro (Relación contigo: _____) □ **Desconocido** □ **Adoptado**