

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección del Paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Casa #: (____) _____ - _____ Celular #: (____) _____ - _____ Trabajo #: (____) _____ - _____

Empleador/Escuela: _____ Sin empleo Estudiante completo Estudiante parcial

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Numero de seguro social: ____ - ____ - ____ Genero: M F

MES / DIA / AÑO

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viuda

Nombre de la persona responsable: (____) _____ Relación al paciente: _____

Referido por: Mi Doctor Seguro Amigo/Familia Sala de urgencias **Medico primario:** _____

Internet Cuidado Urgente Folleto Informativo Charla

Correo Electrónico: _____

Farmacia Preferida: _____

Dirección de la Farmacia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Número de teléfono de la Farmacia: (____) _____ - _____

AUTORIZACION Y NOTA DE PRIVACIDAD DE HIPPA

Por favor leer:

Autorizo el tratamiento de la persona denominada encima de y concuerdo en pagar todos honorarios y los cargos para tal tratamiento. Entiendo si tengo el Seguro y que he proporcionado información exacta y completa con respecto a mi seguro, mis cargos serán archivados con mi portador del seguro; sin embargo, la responsabilidad financiera para servicios rendidos a un paciente últimamente descanso con el paciente o el partido responsable. Entiendo que mi "copay" y/o cualquier dinero de otro-seguro son debidos en el tiempo del servicio. Si yo no tengo el seguro ni mis cargos son de no ser archivado con el seguro, el pago en repleto es debido en el tiempo del servicio. La acción en caso legal debe llegar a ser necesaria para reunir un saldo deudor impagado para servicios médicos rendidos a mí, yo concuerdo en pagar todos honorarios razonables de abogado (30%) y cualquier otros costos del tribunal o costos de la colección. Yo por la presente autorizo la asignación y el pago directamente a Loudoun Ophthalmology Associates, LLC algún beneficio médico mayor debido a mí para servicios proporcionados por ellos.

✕

_____ **La firma de la persona responsable**

_____ **Fecha**

DECLARACION de HIPPA

He leído y estoy de acuerdo con la **Nota del Política de Intimidación de HIPPA** de Loudoun Ophthalmology Associates, LLC. Yo por la presente autorizo Loudoun Ophthalmology Associates, LLC para proporcionar a mi compañía de seguros o agencia de autorizar la información con respecto a mi salud para los fines del tratamiento, de los pagos, o de las operaciones de asistencia médica. También, por la presente autorizo el medico(s) de Loudoun Ophthalmology Associates, LLC para consultar con necesidad en su única discreción con otros proveedores médicos con respecto a mi cuidado médico.

✕

_____ **La firma de la persona responsable**

_____ **Fecha**

FORMA DE HISTORIA CLINICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Genero: M F

HISTORIA CLINICA: (¿Tiene cualquiera de lo siguiente?)

DIABETES: si no

¿Si usted dijo si, por cuantos años? _____

¿El alto nivel de azúcar en la sangre dentro del mes pasado? _____

Cualquier problema al respirar: si no

Alto nivel de azúcar en la sangre: si no

VIH: si no

Historia de cáncer: si no → Si usted dijo si, cual es el tipo y la fecha _____

Previo apoplejía: si no

¿Tiene otros problemas médicos? (Ningún) _____

HISTORIA DEL OJO:

¿Tiene alguna **enfermedad del ojo?** si no

Si usted dijo si, por favor proporcione los detalles: _____

¿Cuando fue su último **examen de visión?** Hace _____ años / meses Nunca

¿Lleva **lentes de contacto?**: si no

¿Lleva **gafas?** si no → Marque aquí si uses gafas **SOLO** para leer

¿Tiene **ambliopia** u **ojo pereso**? si no → ¿Cual ojo? Derecho Izquierdo Ambos

¿Ha recibido un **golpe en su ojo?**..si no → ¿Cual ojo? Derecho Izquierdo Ambos

¿Ha tenido **cirugía de ojo?**..... si no → ¿Cual ojo? Derecho Izquierdo Ambos

Si usted dijo si, por favor proporcione los detalles y las fechas debajo:

¿Ha tenido **cirugía con láser** en sus ojos?..... si no → ¿Cual ojo? Derecho Izquierdo Ambos

Si usted dijo si, por favor proporcione los detalles y las fechas debajo:

GOTAS PARA LOS OJOS: (cual es el tipo de gotas y con que frecuencia las usa)..... Ningún

MEDICINA (PÍLDORAS): (solo el nombre de las píldoras, NO la dosis)..... Ningún

ALERGIAS:

Tiene alguna alergia a la medicina?:..... si no

Si usted dijo si, por favor proporcione el nombre de la medicina: →→

HISTORIA DE LA FAMILIA:

¿Alguien en su familia tiene **Glaucoma?**..... si no →→ ¿Alguien en su familia es **bizco?**..... si no

Si usted dijo si, quien _____ →→ ¿Alguien en su familia es **ciego?**..... si no

¿Alguna **enfermedad del ojo** en su familia?..... si no

Si usted dijo si, por favor explique: _____

PREGUNTAS EN MEDICINA GENERAL: (¿Tienes cualquier del siguiente?)

- | | |
|---|--|
| Fiebre:..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Diarrea: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Dolores de la cabeza frecuentes:..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Heces que contenga sangre:..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Está embarazada:..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Reciente perdida en peso: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Debilidad de músculo: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Reciente disminución en apetito: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Entumecido:..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Dolor al orinar: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Sarpullido: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Dolor de conjuntos:..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Tos: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Dolor de músculos: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido un infarto: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Dolor lumbar: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Historia de Tuberculosis: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | |

¿Si usted dijo si, cuando fue el tratamiento?

Hepatitis C..... si no



FIRMA

FECHA

POLITICA DE CANCELACION DE CITAS

Querido paciente,

Loudoun Ophthalmology Associates ha establecido una politica de “No Presentarse” a la cita.

Dar nuestra individual atencion a cada uno de los pacientes, es importante para nosotros como es para ustedes. Nosotros reservamos un espacio especial para su visita. Como una forma de cortesia les pedimos que por favor llamen por lo menos 24 horas antes de su cita si necesita cancelarla o cambiar el dia o la hora.

Se cobrara \$40 por cada cita que no se cancele 24 horas antes.

Su seguro medico no sera responsable por este cargo. Es responsabilidad de cada paciente pagar su cuenta el dia de la visita.

- SI EL PACIENTE ESTA MAS DE 20 MINUTOS TARDE A SU CITA, LA CITA SERA CONSIDERADA PERDIDA Y NECESITARA HACER UNA NUEVA CITA.
- SI UN PACIENTE NO SE PRESENTA 3 VECES A SU CITA, SERA DESAFILIADO DE LA PRACTICA.

ESTA POLITICA DEBE SER FIRMADA PARA SER VALIDADA

Firma: _____

Nombre de Paciente: _____

Fecha: _____

Autorización De Cobro De Tarjeta

Al firmar esta póliza, autorizo a Loudoun Ophthalmology Associates LLC a guardar la información de mi tarjeta en un servidor seguro y encriptado. Autorizo a Loudoun Ophthalmology Associates LLC a facturar a mi tarjeta cualquier saldo incurrido durante mi visita. Entiendo que Loudoun Ophthalmology Associates LLC facturarán mi compañía de seguros en primer lugar y el balance restante será mi responsabilidad.

Después de que mi seguro es facturado Loudoun Ophthalmology Associates LLC Cargará mi tarjeta por la cantidad designada en mi explicación de beneficios (EOB) que es proporcionada por mi seguro.

La tarjeta que estoy designado para este propósito será cargada el primero del mes.

Se me proporcionará en recibo de cada pago únicamente por correo electrónico y el cargo aparecerá en mi extracto bancario como "Loudoun Ophthalmology".

***Por favor, tenga en cuenta que esta autorización también se aplica a cualquier cargo no cubierto por su seguro y entender que usted es en última instancia responsable de su saldo.**

Mi factura será enviada por correo electrónico el primero del mes, tendré hasta el primero del mes siguiente para pagar. Si el pago no se ha realizado ANTES del primero del mes, en esa fecha se efectuará el cargo en la tarjeta facilitada.

Ejemplo: La factura se envía el 01/01. La fecha límite de pago es el 01/31. La tarjeta se carga el 02/01.

Correo Electrónico: _____

Yo _____ (Nombre del Paciente) autorizo a Loudoun Ophthalmology Associates LLC a cargar mi saldo en mi tarjeta de crédito/débito.

Estoy de acuerdo en notificar a Loudoun Ophthalmology Associates LLC por escrito de cualquier cambio en la información de mi cuenta por lo menos 15 días hábiles antes de la próxima fecha de facturación. Si las fechas antedichas del pago caen en un fin de semana o un día de fiesta, entiendo que los pagos se pueden ejecutar en el día laboral siguiente. Por lo que respecta a los adeudos ACH en mi cuenta corriente/en ahorro o tarjeta de crédito, entiendo que al tratarse de transacciones electrónicas, estos fondos pueden retirarse de mi cuenta tan pronto como se cumplan las fechas de transacción periódicas arriba indicadas. En el caso de que una transacción sea rechazada por fondos insuficientes (NSF), entiendo que Loudoun Ophthalmology Associates LLC puede, a su discreción, intentar procesar el cargo nuevamente dentro de los 10 días. Reconozco que la originación de transacciones ACH a mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de EE.UU. Certifico que soy un usuario autorizado de esta cuenta bancaria y que no disputaré estas transacciones programadas con mi banco siempre y cuando las transacciones correspondan a los términos indicados en este formulario de autorización.

Firma: _____

Fecha: _____

(Firma del titular de la cuenta)