

Que Necesitará Para Su Cita

- Información de su seguro de salud actual, incluyendo la tarjeta del seguro
- Identificación con foto
- Formularios de inscripción completados
La hora de entrada es cuando el paciente presenta completado los formularios de inscripción, no cuando el paciente llega. Por favor llegue 20-30 minutos antes de la hora si las formas deben ser completadas.
- Referencia / autorización si así lo requiere su seguro
- Una lista de todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo las fortalezas y dosis
- Información de farmacia, incluyendo nombre, dirección, número de teléfono
- Favor de traer un traductor si es necesario
- Los copagos y otros gastos de bolsillo serán recogidos en el check-in. Aceptamos efectivo, cheque, y la mayoría de las tarjetas de crédito.
- Lentes y / o lentes de contacto (por favor traer cajas de lentes de contacto que contienen información del objetivo).
- Si es relevante, por favor traiga los registros de los últimos médicos que pertenecen a su condición como los resultados del MRI / CT, trabajo de laboratorio, informes operativos, etc.
- Deje suficiente tiempo de viaje si usted llega más de 20 minutos después de su cita se le puede pedir que reprogramar.



Nombre (Apellido, Nombre, MI):		Edad:	Fecha de nacimiento:
SSN:	Sexo:	Genero:	Pronombres preferidos:
Teléfono de casa:		Email:	
Teléfono móvil:		Contacto Preferido:	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Todos (marque los métodos de contacto preferido)
Domicilio:		Apt/Unidad #:	
Ciudad, Estado, Código postal:			
Raza: <input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pac <input type="checkbox"/> Español/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Etnicidad:		Idioma preferido:	
Empleador:		Ocupación:	
Estado civil:			
Farmacia:		Teléfono:	Cruzar las calles:
Medico remitente:		Teléfono:	
Medico de atención primaria:		Teléfono:	
Contacto de emergencia:		Teléfono:	

SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO
Nombre del seguro:	Nombre del seguro:
ID #:	ID #:
Grupo #:	Grupo #:
Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:
Relación con el paciente:	Relación con el paciente::
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:

Contactos aprobados por HIPAA

Nombre	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:

Firma del paciente o persona autorizada

Entiendo que incluso si Ideal EyeCare está contratado con mi plan de seguro, soy el responsable final del pago de los servicios cubiertos y no cubiertos que se realizan durante el curso de mi tratamiento. Entiendo que cualquier pago cobrado hoy es una *estimación* de mi responsabilidad total y aún se pueden adeudar dinero adicional una vez que mi plan de seguro haya procesado el reclamo. Solicito el pago de los beneficios autorizados por mi plan de seguro a Ideal EyeCare por los servicios prestados y solicito que Ideal EyeCare envíe las reclamaciones de pago de esos servicios en mi nombre a mi compañía de seguros. Autorizo la divulgación de cualquier / toda información médica a la compañía de seguros o sus agentes para permitir la determinación de beneficios o reclamos. Entiendo que si Ideal EyeCare no participa con mi plan de seguro o si he elegido recibir atención fuera de mi cobertura de seguro, asumo la responsabilidad financiera de todos los servicios prestados y no se presentará ningún reclamo a mi compañía de seguros en mi nombre. Certifico que la información proporcionada anteriormente es completa y precisa y asumo toda responsabilidad financiera causada por omisiones o inexactitudes.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del tutor legal: _____

Fecha: _____

¡También ofrecemos una multitud de servicios estéticos!

Ya sea que sus preocupaciones sean líneas finas y arrugas, pérdida de volumen facial, contorno corporal, manchas marrones o pigmentos, tratamiento / prevención del acné y / o eliminación de tatuajes, tenemos soluciones avanzadas disponibles para cada tipo de piel.

Sí, me gustaría más información.

No, gracias. No estoy interesado.

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

Medico de atención primaria: _____ **Medico remitente/especialista:** _____

¿Cual es el motivo de la visita de hoy? _____

Si usa anteojos ¿Cual es su tipo preferido? (Por favor marque todo lo que corresponda)

- Solo distancia Solo lectura Solo computadora Bifocales Trifocales
 Progresivos (sin línea bifocal) Gafas de sol Rx Gafas de sol sin Rx

¿Usas lentes de contactos? Si No **¿Le interesan las lentes de contactos?** Si No

¿Como se utiliza un artificial t oídos? Si No **¿Que marca y con que frecuencia?** _____

Alergias	Reacción	Gravedad
_____	_____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
_____	_____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
_____	_____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
_____	_____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo

¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes síntomas?: (Marque todos los que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Posición anormal de la cabeza _____
<input type="checkbox"/> Vision borrosa/disminuida _____
<input type="checkbox"/> Vision doble _____
<input type="checkbox"/> Parpado caído _____
<input type="checkbox"/> Ojos secos _____
<input type="checkbox"/> Lesiones oculares _____
<input type="checkbox"/> Dolor/ardor en los ojos _____
<input type="checkbox"/> Desalineación ocular _____
<input type="checkbox"/> NINGUNO (no estoy experimentando ninguno de estos síntomas) | <input type="checkbox"/> Destellos/flotadores _____
<input type="checkbox"/> Deslumbramiento/sensibilidad a la luz _____
<input type="checkbox"/> Crecimiento/protuberancia en la tapa _____
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____
<input type="checkbox"/> Picazón en los ojos/parpados _____
<input type="checkbox"/> Ojos rojos _____
<input type="checkbox"/> Ojos llorosos _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|---|

Historia ocular pasada: (Marque todos los que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago) _____
<input type="checkbox"/> Aphakia _____
<input type="checkbox"/> Astigmatismo _____
<input type="checkbox"/> Cataratas _____
<input type="checkbox"/> Retinopatía diabética _____
<input type="checkbox"/> Ojos secos _____
<input type="checkbox"/> Glaucoma _____
<input type="checkbox"/> Hipermetropía _____
<input type="checkbox"/> NINGUNO (nunca he tenido ninguna de estas condiciones) | <input type="checkbox"/> Iritis/Uveítis _____
<input type="checkbox"/> Queratocono _____
<input type="checkbox"/> Degeneración macular (seca) _____
<input type="checkbox"/> Degeneración macular (húmeda) _____
<input type="checkbox"/> Miopía _____
<input type="checkbox"/> Neuritis óptica _____
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|--|---|

Cirugías oculares anteriores: (Marque todos los que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blefaroplastia _____
<input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas _____
<input type="checkbox"/> Trasplante de cornea _____
<input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño _____
<input type="checkbox"/> LASIK/PRK/RK _____
<input type="checkbox"/> Reparación de ptosis _____
<input type="checkbox"/> Taponos puncales _____ | <input type="checkbox"/> Laser retiniano _____
<input type="checkbox"/> Reparación de RD _____
<input type="checkbox"/> Cirugía de estrabismo _____
<input type="checkbox"/> Cirugía de glaucoma _____
<input type="checkbox"/> Vitrectomía _____
<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> NINGUNO (nunca he tenido cirugía ocular) |
|---|--|

Enfermedades o condiciones significativas oculares: (Marque todos los que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell _____
<input type="checkbox"/> Tumor cerebral _____
<input type="checkbox"/> Cáncer _____
<input type="checkbox"/> Varicela/Tejas _____
<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Controlado por la dieta <input type="checkbox"/> Uso de insulina <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos orales
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas _____
<input type="checkbox"/> Herpes Simple _____
<input type="checkbox"/> Histoplasmosis _____
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | <input type="checkbox"/> Meningitis _____
<input type="checkbox"/> Miastenia grave _____
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple _____
<input type="checkbox"/> Parkinson _____
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide _____
<input type="checkbox"/> Accidenta cerebrovascular/AIT _____
<input type="checkbox"/> Sífilis _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> NINGUNA (nunca he tenido ninguna estas condiciones) |
|--|--|

Otras enfermedades médicas pasadas/ Procedimientos quirúrgicos: (Marque todos los que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia_____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar_____ |
| <input type="checkbox"/> Asma_____ | <input type="checkbox"/> MRSA_____ |
| <input type="checkbox"/> CHF_____ | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis_____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema_____ | <input type="checkbox"/> Polimialgia_____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión_____ | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico_____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema_____ | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo_____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva_____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel_____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (MI)_____ | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño_____ |
| <input type="checkbox"/> Latidos irregulares (arritmia)_____ | <input type="checkbox"/> Otro_____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal_____ | <input type="checkbox"/> Otro_____ |
| <input type="checkbox"/> NINGUNA (nunca he tenido ninguna estas condiciones) | |

Historial familiar (marque todos los que correspondan y marque con un círculo que miembro de la familia)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Estrabismo | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago) | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Degeneración macular | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |

Historia familiar desconocida

Medicamentos sistémicos: (Enumere todos los medicamentos de venta libre/suplementos/medicamentos recetados que toma con la dosis/concentración)

- Consulte la lista medicamentos (pagina separada) **NINGUNO** (no tomo medicamentos (OTC o RX)/vitaminas/suplementos)

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para la próstata/alfa bloqueantes? Si No En caso afirmativo, marque que med:

- Flomax tamsulosina Hytrin Cardura Saw Palmetto Doxazosina Terazosina Uroxatral Rapaflo

Medicamentos oculares: (Enumere todos los medicamentos de venta libre/suplementos/medicamentos recetados que toma con la dosis/concentración)

Cirugías/Operaciones generales: (Incluya las fechas realizadas y solicite una página separada si es necesario)

- Consulte la lista (pagina separada) **NINGUNA** (nunca he tenido ningún tipo de cirugía o procedimiento)

Historia social:

- | | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| ¿Fumas/vaporizas? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Cuanto y con que frecuencia? | _____ |
| ¿Alguna vez has fumado tabaco? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Usa otros productos de tabaco? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ¿Bebes alcohol? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Cuanto y con que frecuencia? | _____ |
| ¿Usas drogas recreativas? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Que sustancia y con que frecuencia? | _____ |

Revisión de los sistemas: (Revise la lista de condiciones, signos y síntomas por separado y registre los que se apliquen aquí. Puede escribirlos aquí o marcarlos directamente en la hoja correspondiente)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oreas, nariz, garganta_____ | <input type="checkbox"/> Musculosqueletico_____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular_____ | <input type="checkbox"/> Neurológico_____ |
| <input type="checkbox"/> Respiratorio_____ | <input type="checkbox"/> Hematológico/Linfático (Sangre)_____ |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal_____ | <input type="checkbox"/> Endocrino_____ |
| <input type="checkbox"/> Genitourinario_____ | <input type="checkbox"/> Alérgico/inmunológico_____ |
| <input type="checkbox"/> Tegumentario (piel)_____ | <input type="checkbox"/> Trastornos genéticos_____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer_____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa_____ |

NINGUNA (no tengo ninguna de las condiciones o síntomas incluidos en la lista que me dieron hoy)

He completado este formulario con la mayor precisión posible. Entiendo que proporcionar información incorrecta o omitir información puede ser peligroso para me salud y es mi responsabilidad informar a la oficina sobre cualquier cambio en me estado de salud.

Firma: _____

Fecha: _____

La siguiente información es sobre su cuenta en Ideal EyeCare. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la información que se incluye a continuación, hable con nuestro personal. Esperamos brindarle a usted y a su familia una atención excelente para todas sus necesidades de cuidado de la vista.

- El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Esto puede incluir copagos, deducibles, coseguros, servicios no cubiertos, etc. Para su comodidad, aceptamos todas las principales tarjetas de crédito, así como tarjetas de débito, efectivo y cheques.
- Es su responsabilidad conocer su cobertura de seguro y proporcionar a nuestra oficina la información más actualizada y precisa. Si bien nuestro personal es extremadamente conocedor de muchos planes de seguro, no conocemos todos los planes ya que cambian constantemente. No podemos responsabilizarnos por los beneficios o la elegibilidad erróneamente citados.
- La determinación de la mejor visión corregida se llama una **refracción**. Esto se considera un **servicio / procedimiento no cubierto** por la mayoría de las compañías de seguros. Usted será responsable de la tarifa de **\$55.00** cuando se realice este servicio. Facturaremos este servicio a su seguro como cortesía, y si pagan alguna parte, se le reembolsará el monto de su pago.
- Para aquellos pacientes que son seguidos por estrabismo, se realizará un examen sensoriomotor en cada visita. Este servicio es independiente de la visita al consultorio y su seguro puede considerarlo una prueba de diagnóstico, lo que resulta en un costo adicional para usted.
- Si su seguro requiere una referencia, usted es responsable de comunicarse con su médico de atención primaria / pediatra para obtener dicha referencia. También es su responsabilidad verificar que las referencias válidas estén archivadas para cualquier atención de seguimiento.
- Se requiere que todos los pacientes de "pago propio" paguen en su totalidad al momento de prestar los servicios. Ampliaremos un descuento en efectivo de pago rápido del 20% en todos los servicios profesionales y le proporcionaremos un recibo detallado.
- Nuestra oficina **no** acepta gravámenes de seguros, compensación de trabajadores o gravámenes de abogados. El pago es responsabilidad del paciente y debe pagarse en su totalidad al momento del servicio.
- Todos los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de procesamiento de \$ 35.00 y resultarán en la negativa a aceptar pagos futuros con cheque.
- Si los padres están divorciados, el padre que lleva al niño a tratamiento es el responsable final del pago, independientemente de los términos de cualquier decreto de divorcio o acuerdo de custodia.
- Todos los saldos pendientes deben pagarse en su totalidad antes de programar la cirugía, excepto en casos emergentes.
- Todas las cuentas morosas pueden enviarse a una agencia de cobranza y se le puede cobrar cualquiera / todos los honorarios de cobranza y abogados aplicables. Una vez que una cuenta ha sido transferida a colecciones, usted y los miembros de su familia inmediata serán **dados de baja** de la práctica.
- A cualquier saldo de crédito de la cuenta inferior a \$ 2.00 no se le emitirá un cheque de reembolso.
- Cobramos una tarifa de \$ 25.00 por página para todos los formularios que requieren la firma y revisión del médico. Este servicio no se facturará a su cuenta ni a su compañía de seguros. El pago se debe realizar antes de que se publiquen los formularios. Se proporcionará un recibo al momento del pago.
- Se cobrará una tarifa de **\$ 50.00** por todas las citas **NO SHOW** o pérdidas que no se cancelen dentro de las 24 horas de su cita programada. Esta cantidad será requerida antes de su próxima cita programada. Como cortesía para todos los pacientes, intentaremos notificarle con un recordatorio 48 horas antes de su visita. Es muy importante que mantenga actualizada nuestra oficina con su información más actualizada.

Entiendo que, incluso si Ideal EyeCare está contratado con mi plan de atención médica, en última instancia, soy responsable del pago de los servicios cubiertos y no cubiertos realizados durante el curso de mi tratamiento. Solicito el pago de los beneficios autorizados por mi plan de seguro en mi nombre a Ideal EyeCare por los servicios prestados y solicito que Ideal EyeCare envíe las reclamaciones de pago de esos servicios en mi nombre a mi compañía de seguros. Autorizo la divulgación de información médica a la compañía de seguros o sus agentes para permitir la determinación de beneficios o reclamos.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del paciente / tutor legal: _____