

Que Necesitará Para Su Cita

- Información sobre seguros de salud actual (incluyendo la tarjeta de identificación y la información del suscriptor)
- 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
- Lista de todos los medicamentos que su hijo está tomando, incluyendo las fortalezas y las 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 médicos recientes relativos a la condición de su hijo, como los resultados del MRI / CT, trabajo de laboratorio, informes operativos, etc
- Le pedimos que no traiga hermanos o otros miembros de la familia que no están siendo considerados para el nombramiento, ya que pueden distraer a su hijo durante el examen.
- Favor de traer juguetes / actividades ya que algunas citas pueden tomar de 2-3 horas.
- Deje suficiente tiempo de viaje si usted llega más de 20 minutos después de su cita se le puede pedir que reprogramar.



Formulario de registro-Pediátrica

Nombre (Apellido, Nombre, MI):		Edad:	Fecha de Nacimiento:
SSN:	Sexo:	Genero:	Pronombres preferidos:
Teléfono de casa:		Email:	
Teléfono móvil:		Podemos contactarlo por: <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> texto <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> todos (marque los métodos de contacto preferidos)	
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:	
Farmacia:		Teléfono:	Cruzar las calles:
Medico remitente:		Teléfono:	
Pediatra:		Teléfono:	
Contacto de emergencia:		Teléfono:	

Responsabilidad financiera de los pacientes dependientes: Información del padre/tutor

Nombre del padre:		Teléfono de casa:	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Padre natural <input type="checkbox"/> Padrastró
Fecha de nacimiento:	Anos:	Teléfono móvil:	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor legal
Ocupación:		Teléfono de trabajo:	<input type="checkbox"/> Otro _____
SSN:		Email:	
Domicilio:		Empleador:	
Ciudad, Estado, Código postal:			

Nombre del padre:		Teléfono de casa:	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Padre natural <input type="checkbox"/> Padrastró
Fecha de nacimiento:	Anos:	Teléfono móvil:	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor legal
Ocupación:		Teléfono de trabajo:	<input type="checkbox"/> Otro _____
SSN:		Email:	
Domicilio:		Empleador:	
Ciudad, Estado, Código postal:			

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 tiene un contrato con mi plan de seguro, soy el responsable final del pago de los servicios cubiertos y no cubiertos realizados durante el tratamiento de mi hijo. 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 del padre/tutor: _____ Fecha: _____

También brindamos servicios de estética y cuidado ocular para adultos. **Sí**, me gustaría más información

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

Pediatra: _____ Medico de referencia/especialista: _____

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

Altura del paciente: _____ Peso del paciente: _____

¿Usa su hijo anteojos? Si No ¿Tiene su hijo un par de anteojos de respaldo? Si No

¿Su hijo necesita un nuevo par de anteojos? Si No ¿Esta su hijo interesado en lentes de contacto? Si No

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

¿Su hijo esta experimentando actualmente alguno de los siguientes?: (Marque todos los que correspondan y proporcione detalles)

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

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

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blefaroplastia _____ | <input type="checkbox"/> Laser retiniano _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de RD _____ |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de cornea _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de estrabismo _____ |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de glaucoma _____ |
| <input type="checkbox"/> LASIK/PRK/RK _____ | <input type="checkbox"/> Vitrectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación de ptosis _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Taponos puncales _____ | <input type="checkbox"/> NINGUNO (el paciente no experimenta ninguno de estos síntomas) |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell _____ | <input type="checkbox"/> Meningitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Miastenia grave _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela/Tejas _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> JIA/JRA _____ |
| <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"/> Accidenta cerebrovascular/AIT _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas _____ | <input type="checkbox"/> Sífilis _____ |
| <input type="checkbox"/> Herpes Simple _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea _____ |
| <input type="checkbox"/> Histoplasmosis _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA _____ | <input type="checkbox"/> NINGUNO (el paciente no experimenta ninguno de estos síntomas) |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | |

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"/> Autismo _____ | <input type="checkbox"/> Retrasos del desarrollo _____ |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD _____ | <input type="checkbox"/> RSV _____ |
| <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"/> Latidos irregulares (arritmia) _____ |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> NINGUNO (el paciente nunca ha tenido ninguna de estas condiciones) | |

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

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

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** (el paciente no tomo medicamentos (OTC o RX)/vitaminas/suplementos)

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) **NINGUNO** (el paciente nunca ha tenido ningún tipo de cirugía o procedimiento)

Historia social:

¿Alguien en el hogar usa tabaco (cigarrillos, vaporizador, etc.)? Si No Dentro Afuera En el carro
 Cigarrillos tradicionales cigarrillos electrónicos/vapeo Otro: _____

¿Consumo drogas por parte de la madre durante el embarazo? Si No Sustancia utilizada: _____

El niño reside con: Ambos padres Madre Padre Abuelo(s) Padre adoptivo Otro: _____

El niño asiste a: Escuela Guardería Escuela en el hogar

Historia de nacimiento

Edad gestacional: _____ semanas Peso: _____ lb _____ oz Parto vaginal Cesárea

¿Oxígeno administrado neonatalmente? Si No Duración: _____ Entregado via: Cánula nasal Mascara

Detalles de la entrega: Pinzas usadas Succión usada Cordón nual (# _____) Otro: _____

Revisión de los sistemas: (Revise la lista de condiciones, signos y síntomas por separado y registre los que se apliquen a su hijo 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 _____ |

NINGUNO (no tengo ninguno 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 de mi hijo 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: _____