

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? _____

¿Necesita renovar su licencia de conducir dentro de los próximos 90 días? Si No

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 Gafas de sol sin

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

¿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"/> 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 (no estoy experimentando 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 (nunca he 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"/> Taponés puncales _____ | <input type="checkbox"/> NINGUNO (nunca he tenido cirugía ocular) |

MUJERES: ¿Estás embarazada o amamantando? Si No

HOMBRES: ¿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

Farmacia preferida (nombre y cruce de calles) _____

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)

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

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"/> Parkinson _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide _____ |
| <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"/> NINGUNA (nunca he tenido ninguna estas condiciones) |
| <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"/> 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"/> Perdida 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) | |

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)

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 cardiaca | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |

Historia familiar desconocida

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? | _____ |

¿Estás molesto por los ojos secos? Por favor indique qué síntomas experimenta:

- ojos irritados fatiga ocular sensación de arena dolor en los ojos ojos llorosos

¿Usas lágrimas artificiales? Si No ¿Qué marca y con qué frecuencia? _____

¿Utiliza Restasis, Cequa o Xiidra? Si No

¿Ha recibido alguno de estos tratamientos?

- tapones puntuales Lipiflow gotas de suero sanguíneo autólogo IPL (Intense Pulsed Light) iLux BlephEx

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: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS(Marque todos / cualquiera de los síntomas / condiciones que experimenta actualmente)**Orejas, Nariz y Garganta**

- Discapacidad auditiva
- Zumbido en los oídos
- Vértigo
- Herpes labial
- Boca seca
- Sinusitis

Cardiovascular-Corazón

- Dolor de pecho
- Mareos
- Desmayos
- Dificultad para respirar
- Latido irregular del corazón (arritmia)
- Fibrilación auricular
- Dificultad para acostarse
- Hinchazón de la pierna
- Palpitaciones
- Coágulos de sangre (TVP)
- Colesterol alto

Constitucional

- Fatiga / debilidad
- Fiebre
- Aumento / pérdida de peso

Respiratorio-Respiración

- Tos
- Congestión
- Sibilancia
- Asma
- Dificultad para respirar
- Enfisema
- Tuberculosis
- Apnea del sueño
- CPAP con oxígeno
- CPAP sin oxígeno

Enfermedad gastrointestinal-estómago

- Reflujo ácido / acidez estomacal
- Náuseas / Vómitos
- Ictericia / hepatitis
- Dolor abdominal
- Diarrea
- Colitis ulcerosa
- Diverticulitis / diverticulosis
- Úlcera de estómago gástrica
- Hernia de hiato
- Síndrome del intestino irritable (IBS)
- Enfermedad de Crohn

Genitourinario

- Dolor / Dificultad
- Sangre en la orina
- Historia de cálculos renales
- Historial de ETS
- Alta
- Incontinencia urinaria
- Diálisis crónica
- Próstata agrandada
- Insuficiencia renal
- Enfermedad uterina

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Cambios de humor
- Dificultad para dormir

Endocrino

- Mayor sed
- Mayor hambre
- Mayor micción
- Aumento de la sudoración
- Cambios en las uñas
- Intolerancia a la temperatura

Hematológico / Linfático (Sangre)

- Fácil formación de moretones
- Las encías sangran fácilmente
- Sangrado prolongado
- Uso intensivo de aspirina
- Coágulos de sangre
- Hipertermia maligna
- Enfermedad del hígado

Musculoesquelético (músculos, articulaciones y huesos)

- Rigidez
- Artritis
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón de las articulaciones
- Dolor de espalda
- Debilidad
- Gota
- Osteoporosis
- Osteopenia

Tegumentario (piel)

- Sarpullido
- Llagas
- Lesiones
- Urticaria
- Eczema
- Manchas café con leche
- Psoriasis
- Rosácea

Neurológico

- Convulsiones
- Debilidad / Parálisis
- Entumecimiento
- Temblores
- TDAH / AGREGAR
- Alzheimer
- Demencia
- Parálisis cerebral
- Esclerosis múltiple
- Distrofia muscular
- Enfermedad de Parkinson
- Fibromialgia
- Mini accidentes cerebrovasculares (TIA)
- Accidente cerebrovascular (CVA)
- Pérdida de memoria
- Alucinaciones

Inmunológico / Inflamatorio

- Urticaria
- Alergias estacionales
- VIH
- SIDA
- Lupus eritematoso
- Miastenia grave
- Artritis reumatoide
- Sarcoidosis
- Enfermedad celíaca
- Hepatitis
- Tipo A
- Tipo B
- Tipo C
- Tipo D
- Tipo E
- Otro: _____
- Síndrome de Guillain-Barre
- Síndrome de Sjogren
- Arteritis temporal
- Espondilitis anquilosante

Historia de enfermedad infecciosa (latente)

- Varicela
- Culebrilla
- MRSA
- Meningitis
- Tuberculosis

Desordenes genéticos

- Anormalidad cromosómica
- Síndrome: _____
- Retinosis pigmentaria
- Síndrome de Down
- Otro: _____

Cáncer

- Vejiga
- Mama
- Colon
- Linfoma de Hodgkin
- Linfoma no Hodgkin
- Próstata
- Piel
- Célula basal
- Célula escamosa
- Melanoma
- Leucemia
- Pulmón
- Linfoma
- Ovárico
- Tiroides
- Uterino
- Cervical
- Otro: _____

Tipo de tratamiento:

- Cirugía: _____
- Radiación: _____
- Quimioterapia: _____

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: _____