

- Información actual del seguro médico, incluido documento de identidad.
- Identificación con fotografía
- Complete los formularios de inscripción desde el enlace proporcionado o descargue e imprima los formularios desde nuestro sitio web.

El horario de registro es cuando el paciente presenta los formularios de registro completos, no cuando llega. Por favor, llegue 20-30 minutos antes de la hora de la cita si necesita completar formularios en la oficina.

- Referencia/Autorización (si lo requiere su seguro)
- Lista de todos los medicamentos que toma su hijo (incluidas las concentraciones y dosis)
- Información de la farmacia (nombre, dirección y número de teléfono)
- Por favor traer un traductor, si es necesario.
- Los copagos y otros gastos de bolsillo se cobrarán al momento del check-in. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito.
- Gafas y/o lentes de contacto (Favor de traer cajas de lentes de contacto con información de los lentes).
- Si es relevante, traiga registros relacionados con la condición de su hijo, como resultados de resonancia magnética/tomografía computarizada relevantes, análisis de laboratorio, informes quirúrgicos, etc.
- Requerimos que un padre o tutor acompañe al niño a la visita inicial.
- Le pedimos que no traiga a la cita a hermanos u otros familiares que no estén siendo atendidos, ya que pueden distraer a su hijo durante el examen.
- Juguetes/actividades para que su hijo juegue, ya que algunas citas pueden durar de 2 a 3 horas.
- Por favor, calcule el tiempo necesario para llegar. Si llega más de 15 minutos después de la hora programada de su cita, es posible que le soliciten que la reprogramme.



Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):		Fecha de nacimiento:
Número de Seguridad Social:	Género:	Etnicidad:
Teléfono móvil:	Idioma preferido:	
Teléfono de casa:	Correo electrónico:	
Dirección de la calle:		Apto/Unidad #:
Ciudad, Estado, Código Postal:		
Carrera: <input type="checkbox"/> Alaskan <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Español/latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿Cómo se enteró de nosotros?		
<input type="checkbox"/> Búsqueda en Google/Internet <input type="checkbox"/> Anuncio en YouTube <input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> Boca a boca <input type="checkbox"/> Referencia médica <input type="checkbox"/> Otros _____		
Farmacia:	Teléfono #:	Calles transversales:
Médico referente:	Teléfono #:	
Médico de atención primaria:	Teléfono #:	
Contacto de emergencia:	Teléfono #:	

**Responsabilidad financiera de pacientes dependientes: información para padres o tutores**

Nombre del padre:	Teléfono de casa:	<b>Marque una opción:</b> <input type="checkbox"/> Padre natural <input type="checkbox"/> Padraastro/madrastra
Fecha de nacimiento:	Teléfono móvil:	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor legal
Ocupación:	Teléfono del trabajo:	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro _____
Número de Seguridad Social:	Correo electrónico:	
Dirección de la calle:	Empleador:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		
Nombre del padre:	Teléfono de casa:	<b>Marque una opción:</b> <input type="checkbox"/> Padre natural <input type="checkbox"/> Padraastro o madrastra
Fecha de nacimiento:	Teléfono móvil:	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor legal
Ocupación:	Teléfono del trabajo:	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro _____
Número de Seguridad Social:	Correo electrónico:	
Dirección de la calle:	Empleador:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		

**SEGURO PRIMARIO**
**SEGURO SECUNDARIO**

Nombre del seguro:	Nombre del seguro:
IDENTIFICACIÓN #:	IDENTIFICACIÓN #:
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 contrato con mi plan de seguro, soy responsable en última instancia del pago de los servicios cubiertos y no cubiertos realizados durante el curso del tratamiento de mi hijo. Entiendo que cualquier pago cobrado hoy es una *estimación* de mi responsabilidad total y que aún se pueden adeudar fondos adicionales una vez que mi plan de seguro haya procesado el reclamo. Solicito que el pago de los beneficios autorizados por mi plan de seguro se realice a Ideal EyeCare por los servicios prestados y solicito que Ideal EyeCare presente los reclamos de pago de esos servicios en mi nombre a mi compañía de seguros. Autorizo la divulgación de cualquier 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 por 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 la responsabilidad financiera causada por omisiones o inexactitudes.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*También brindamos atención oftalmológica y servicios estéticos para adultos.*  **Sí**, me gustaría recibir más información

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Pediatra:** \_\_\_\_\_ **Médico referente/especialista:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?** \_\_\_\_\_

**Altura del paciente:** \_\_\_\_\_ **Peso del paciente:** \_\_\_\_\_

**¿Su hijo usa anteojos?**  Sí  No **¿Tiene su hijo un par de anteojos de repuesto?**  Sí  No

**¿Su hijo necesita un nuevo par de anteojos?**  Sí  No **¿Su hijo está interesado en usar lentes de contacto?**  Sí  No

**Gravedad de la reacción alérgica**

_____	_____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
_____	_____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
_____	_____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
_____	_____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave

**¿Su hijo está experimentando actualmente alguno de los siguientes síntomas?** (Marque todas las opciones que correspondan y proporcione detalles)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Posición anormal de la cabeza _____                                | <input type="checkbox"/> Destellos/moscas volantes _____             |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa/disminuida _____                                    | <input type="checkbox"/> Deslumbramiento/Sensibilidad a la luz _____ |
| <input type="checkbox"/> Visión doble _____   | <input type="checkbox"/> Crecimiento/bulto en el párpado _____       |
| <input type="checkbox"/> Párpados caídos _____  | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____                     |
| <input type="checkbox"/> Ojos secos _____   | <input type="checkbox"/> Picazón en los ojos y párpados _____        |
| <input type="checkbox"/> Lesión ocular _____  | <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"/> Otros _____                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b> (El paciente no presenta ninguno de estos síntomas) |  |

**Historial ocular pasado:** (Marque todas las opciones que correspondan y proporcione detalles)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago) _____  | <input type="checkbox"/> Iritis/uveítis _____                |
| <input type="checkbox"/> Afaquia _____   | <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 (visión corta) _____         |
| <input type="checkbox"/> Ojos secos _____  | <input type="checkbox"/> Neuritis óptica _____               |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma _____  | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina _____     |
| <input type="checkbox"/> Hipermetropía (presbicia) _____   | <input type="checkbox"/> Otros _____                         |
| <input type="checkbox"/> <b>NINGUNA</b> (El paciente nunca ha tenido ninguna de estas condiciones) |  |

**Cirugías oculares pasadas:** (Marque todas las que correspondan y proporcione detalles)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blefaroplastia _____                 | <input type="checkbox"/> Láser de Retina _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas _____           | <input type="checkbox"/> Reparación de RD _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Córnea _____           | <input type="checkbox"/> Cirugía de Estrabismo _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cuerpos extraños _____ | <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"/> Otros _____   |
| <input type="checkbox"/> Taponos lagrimales _____             | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b> (El paciente nunca ha tenido cirugía ocular) |

**Enfermedades/afecciones oculares importantes:** (Marque todas las 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/herpes zóster _____   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____   | <input type="checkbox"/> AIJ/ARJ _____   |
| <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Controlado por dieta <input type="checkbox"/> Uso de insulina <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos orales | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas _____   | <input type="checkbox"/> Sífilis _____   |
| <input type="checkbox"/> Herpes simple _____  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides _____   |
| <input type="checkbox"/> Histoplasmosis _____   | <input type="checkbox"/> Otros: _____  |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA _____   | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNA</b> (El paciente nunca ha tenido ninguna de estas condiciones) |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión _____   |  |

**Otras condiciones médicas/enfermedades pasadas:** (marque todas las que correspondan y proporcione detalles)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia _____  | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar _____                      |
| <input type="checkbox"/> Asma _____  | <input type="checkbox"/> SARM _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Autismo _____   | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo _____                |
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH _____  | <input type="checkbox"/> VSR _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____   | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico _____                   |
| <input type="checkbox"/> Eczema _____  | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo _____                     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición _____   | <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares (arritmia) _____ |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral _____  | <input type="checkbox"/> Otros _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____  | <input type="checkbox"/> Otras _____                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>NINGUNA</b> (El paciente nunca ha tenido ninguna de estas condiciones) |   |

**Historial familiar** (marque todas las opciones que correspondan y encierre en un círculo el miembro de la familia)

**Historial familiar desconocido**

- |   |   |
|---|---|
| <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 o recetados que toma, incluida la dosis y la concentración)

- Consulte la Lista de medicamentos (página separada)  **NINGUNO** (El paciente no toma ningún medicamento (OTC o RX)/vitaminas/suplementos)

**Medicamentos oculares:** (enumere **todos** los medicamentos de venta libre, suplementos o recetados, incluida la dosis y la concentración, o adjunte una página aparte)

**Cirugías generales/operaciones:** (Incluya las fechas realizadas y solicite una página aparte si es necesario)

- Consulte la lista de procedimientos (página aparte)  **NINGUNO** (El paciente nunca ha tenido ningún tipo de cirugía o procedimiento)

**Historia social:**

- ¿Alguien en el hogar usa tabaco (cigarrillos, vaporizadores, etc.)?  Sí  No En caso afirmativo:  Cigarrillos tradicionales  Cigarrillos electrónicos/vapeadores  Otros: \_\_\_\_\_  En interiores  En exteriores  En el automóvil
- ¿Consumo de drogas por parte de la madre durante el embarazo?  Sí  No Sustancia consumida: \_\_\_\_\_
- El niño reside con:  Ambos padres  Madre  Padre  Abuelo(s)  Padre adoptivo  Otro: \_\_\_\_\_
- El niño asiste a:  Escuela  Guardería  Educación en el hogar

**Historial de nacimiento:**

- Edad gestacional: \_\_\_\_\_ semanas      Peso: \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz       Parto vaginal  Cesárea
- ¿Se administra oxígeno al neonato?  Sí  No Duración: \_\_\_\_\_ Se administra mediante:  Cánula nasal  Mascarilla
- Detalles de la entrega:  Se utilizaron fórceps  Se utilizó succión  Cordón nual (# \_\_\_\_\_)  Otro: \_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas:** (revise la lista separada de condiciones, signos y síntomas y registre aquí todos los que se apliquen a su hijo. Puede escribirlos aquí o marcarlos directamente en la hoja correspondiente).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oídos, nariz, garganta _____  | <input type="checkbox"/> Sistema musculoesquelético _____      |
| <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"/> Enfermedades infecciosas _____        |
| <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b> (No tengo ninguna de las condiciones o síntomas incluidos en la lista que me proporcionaron hoy) |  |

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

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

La siguiente información se refiere a su cuenta en Ideal EyeCare. Lea atentamente estas políticas y consulte con nuestro personal sobre cualquier pregunta o inquietud que tenga. Esperamos poder brindarle a usted y a su familia una excelente atención oftalmológica.

- El pago debe realizarse al momento de la prestación de los servicios. Esto puede incluir copagos, deducibles, coaseguros, servicios no cubiertos, etc. 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 tiene un amplio conocimiento sobre muchos planes de seguro, las coberturas cambian con frecuencia y no podemos responsabilizarnos por cotizaciones incorrectas de beneficios o elegibilidad.
- Si su seguro exige una derivación, usted es responsable de comunicarse con su médico de atención primaria o pediatra para obtener dicha derivación. También es su responsabilidad verificar que exista una derivación válida registrada para todas las visitas.
- La determinación de su mejor visión corregida se denomina **refracción**. La mayoría de las compañías de seguros lo consideran un **servicio o procedimiento no cubierto**. Usted será responsable de pagar una tarifa de **\$60.00** cuando se realice este servicio. Los pacientes con estrabismo son responsables de una tarifa adicional de \$35.00 por una refracción con prisma (total \$95.00). Le facturaremos este servicio a su seguro como cortesía y, si pagan una parte, se le reembolsará el monto de su pago.
- A los pacientes que se les realiza un seguimiento por estrabismo, se les 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 implica un costo adicional para usted.
- Las visitas de telemedicina, ya sean programadas o solicitadas, se facturarán a su compañía de seguros y usted podrá ser responsable de los costos de bolsillo, como copagos o deducibles.
- No participamos en ningún plan de la vista y usted es responsable de todos los servicios “de rutina” y/o no cubiertos que se le brinden a usted o a su hijo. Esto incluye evaluaciones de control de la miopía.
- Todos los pacientes que pagan por cuenta propia deben pagar el total en el momento en que se prestan los servicios. Ofrecemos un descuento del 20 % por pago puntual en todos los servicios profesionales y le proporcionaremos un recibo detallado.
- Nuestra oficina **no** acepta gravámenes de seguros, compensación laboral ni gravámenes de abogados. El pago es responsabilidad del paciente y debe realizarse en su totalidad al momento del servicio.
- El padre que lleva al niño para el tratamiento es responsable 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 de emergencia.
- Todas las cuentas morosas pueden enviarse a una agencia de cobros y se le pueden cobrar todos los honorarios de abogados y de cobranza correspondientes. Una vez que una cuenta se haya transferido a una agencia de cobros, usted y sus familiares directos serán **dados de baja** de la firma.
- Todos los cheques devueltos están sujetos a un cargo de procesamiento de \$35.00 y darán como resultado el rechazo a aceptar futuros pagos con cheque.
- No se emitirá un cheque de reembolso por ningún saldo de cuenta con crédito inferior a \$2.00.
- Cobramos una tarifa de **\$25.00** por página para todos los formularios que requieran la firma y revisión del médico. Este servicio no se facturará a su compañía de seguros. El pago debe realizarse antes de que se envíen los formularios. Se le proporcionará un recibo al momento del pago.
- Hay una tarifa de **\$50.00** por página para cartas de resumen de atención u otras solicitudes que requieran una carta redactada y firmada por el médico.
- Se le cobrará una multa de **\$50.00**. Tarifa **por NO PRESENTACIÓN** por cualquier cita que no se presente o que se cancele dentro de las 24 horas posteriores a la cita programada. Debe pagar este monto antes de que se le permita programar otra cita. Ofrecemos notificaciones de recordatorio por mensaje de texto, teléfono o correo electrónico como cortesía, pero es su responsabilidad actualizar su calendario. Es muy importante que mantenga nuestra oficina actualizada con su información más reciente.
- Según NRS 629.021, cobramos \$0,60 por página por las copias de su historial médico, ya sea en papel o en formato electrónico. También se le pueden cobrar los costos de envío correspondientes si prefiere que le envíen los registros por correo postal. Estas tarifas no se aplican si los registros se transfieren directamente a otro médico para que continúe recibiendo atención.

He leído y comprendido la información anterior.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_