



## INFORMACION DEL PACIENTE

Gracias por escoger nuestra practica para el cuidado de sus ojos. Por favor complete estos formularios para que podamos servirle mejor. Si tiene alguna pregunta o preocupación, por favor no se detenga en preguntarnos por asistencia. Estaremos contentos en ayudarle.

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Cell# \_\_\_\_\_ Alt/Casa# \_\_\_\_\_

Es usted:  soltero/a  casado/a    Sexo:  Hombre  Mujer  No Binario

Nombre del Doctor Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Dr: \_\_\_\_\_

Tu/Padres empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

¿A quién le damos las gracias por referirte a nosotros? \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Identificación# \_\_\_\_\_

¿TIENE USTED SEGURO ADICIONAL?     SI     NO

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Identificación# \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

**¿Alguien en su familia inmediata tiene algunas de las siguientes condiciones? Por favor indique la relación para las condiciones alistadas abajo:**

CEGUERA \_\_\_\_\_     CATARATAS \_\_\_\_\_     OJOS CRUZADOS \_\_\_\_\_

CÁNCER \_\_\_\_\_     GLAUCOMA \_\_\_\_\_     DIABETES \_\_\_\_\_

DEGENERACIÓN MACULAR \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

¿Esta encinta o lactando?     SI     NO

¿Tiene usted alguna alergia a algún medicamento?  SI     NO En caso si: \_\_\_\_\_

Aliste todos los medicamentos que está tomando: \_\_\_\_\_

¿Usa usted lentes de contacto?     SI     NO

¿Está interesado/a en usar lentes de contacto?     SI     NO

¿Usa usted espejuelos?     SI     NO

¿Usa usted espejuelos de lectura?     SI     NO

Fecha del último examen de los ojos: \_\_\_\_\_    Nombre del oculista: \_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL

¿Usted maneja un automóvil?     SI     NO

¿Usted usa drogas ilegales     SI     NO

¿Usted usa productos de tabaco?  SI     NO

¿Usted toma alcohol?     SI     NO



¿Alguna vez a sido expuesto/a o ha sido infectado/a por alguna de las condiciones alistadas? Por favor marque las condiciones abajo.

- Gonorrea       Hepatitis       VIH       Sífilis

¿Alguna vez a sido diagnosticado con algunas de las siguientes condiciones? Por favor marque las condiciones abajo.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cataratas             | <input type="checkbox"/> Defectos o degeneración de la Retina         |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular  | <input type="checkbox"/> Iritis o Uveítis                             |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma              | <input type="checkbox"/> Flotadores o destellos de luz                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Infección, inflamación o alergia de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética | <input type="checkbox"/> Ojos secos                                   |

Esta teniendo algunos de los siguientes problemas de los ojos? Por favor marque las condiciones abajo.

- |                                   |                                   |   |  |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rojos    | <input type="checkbox"/> Descarga | <input type="checkbox"/> Picazón        | <input type="checkbox"/> Estreñimiento de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Quemazón | <input type="checkbox"/> Lagrimeo | <input type="checkbox"/> Visión Borrosa | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz     |

Adicional ojo concierne: \_\_\_\_\_

**Esta teniendo o ha tenido en el pasado cualquiera de las siguientes condiciones:**

<b>Constitucional</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Gastrointestinal</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>Endocrino</b>	<b>YES</b>	<b>NO</b>
Discapacidades del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oreja/Nariz/Boca/Garganta</b>			Reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad celiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Linfático/Hematológico</b>		
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Genitourinario</b>			Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boca/Garganta Seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laringitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neurológico</b>			ETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipercolesteremia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertrofia prostática benigna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Inmune/Allergy</b>		
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Huesos/Coyuntura/Músculos</b>			Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Sjögren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a Droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espondilitis anquilosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia del Climal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Respiratorio</b>		
<b>Psychiatric</b>			Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Integumentario</b>			Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit de Atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rosácea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obstrucción crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vascular/Cardiovascular</b>			Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Simple/Herpes Labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

## Póliza y Procedimiento de Cancelación

En New Castle Eye Associates/Middletown eye care nuestro objetivo es proveer atención de calidad en manera oportuna. Hemos implementado una póliza de cancelación lo que nos permite utilizar las citas disponibles para nuestros pacientes en necesidad. Las citas disponibles están en alta demanda y su cancelación oportuna le dará la posibilidad a otra persona de tener acceso a nuestros servicios.

- ❖ Pacientes que no se presentan para su cita programada o no notificaron a la oficina dentro de 48 horas de su cita programada, estarán sujetos a un cargo de cancelación de \$25.00.
- ❖ Estos cargos no están cubiertos por seguro así que será la responsabilidad única del paciente.
- ❖ Este cargo por no presentarse para la cita se debe al momento de hacer la cita nueva.

Como cortesía, y para ayudar a los pacientes recordar sus citas programadas, mandamos mensajes de texto y por correo electrónico recordatorios a los 7 días, 2 días, y 2 horas antes de la cita. Si su horario cambio y no puede mantener su cita, por favor comuníquese con nosotros para ayudarle a programar otra cita y poder acomodar aquellos pacientes que están esperando una cita.

### Como cancelar su cita

Para cancelar o cambiar su cita por favor llame a New Castle Eye Associates/ Middletown eye care. Si el teléfono manda a buzón por favor deje un mensaje con su nombre, fecha de nacimiento, fecha de su cita, por favor especifique si desea cancelar o re agendar.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

El propósito de este formulario es para informarle que New Castle Eye Associates/Middletown Eye Care, le notifica de la privacidad de la práctica que provee información de cómo podríamos usar y revelar la información de su salud. Esta notificación contiene una sección, “Derechos de los pacientes” que describen sus derechos según la ley. Usted tiene el derecho de revisarla antes de firmar. Las condiciones de nuestra “forma” pueden cambiar, en lo cual usted podrá recibir una copia contactando nuestra oficina. Usted tiene el derecho de pedir que nosotros restrinjamos su información protegida o como es usada o revelada para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. No estamos obligados en acordar con esta restricción, pero si lo hacemos, honoremos el acuerdo.

Al firmar este formulario, usted consiente nuestro uso y revelación de su información de su salud para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud. Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, esa revocación no afectara ninguna de las revelaciones que ya se harían en concordancia con su ultimo consentimiento. La Practica provee este formulario para cumplir con los requisitos de la ley “Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)”.

El paciente entiende que:

1. La información de su salud que es protegida podría darse a conocer o ser usada para tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud incluyendo recordatorios de cita por tarjeta postal o mensajes en un contestador automático.
2. La Practica tiene una Notificación de la Practica de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar esta notificación.
3. La Practica reserva el derecho a cambiar la Notificación de la Practica de Privacidad.
4. El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que concordar con esas restricciones.
5. El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y toda futura revelación no ocurrirá.
6. La Practica puede acondicionar el tratamiento luego de la ejecución de este consentimiento.

**Este consentimiento le permite a la Practica revelar mi información a las siguientes personas:**

**Cónyuge:** \_\_\_\_\_ **Padres:** \_\_\_\_\_

**Hijos:** \_\_\_\_\_ **Otros:** \_\_\_\_\_

**Este consentimiento es firmado por** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente (si no es Paciente):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**En frente de (Representante de la Practica):** \_\_\_\_\_

**FIRMA PARA EL ARCHIVO**

- Yo autorizo el uso de este formulario para todas las presentaciones a mi seguro.
- Yo autorizo la revelación de mi información a todas mis compañías de seguro.
- Yo entiendo que soy responsable de mi cuenta si la compañía de seguro no paga por cualquier razón.
- Yo autorizo a mi doctor que actúe como mi agente en ayudarme a obtener pago de mis compañías de seguro.
- Yo autorizo el pago directo a mi doctor.
- Yo permito que una copia de esta autorización sea usada en lugar de la original.
- Yo estoy de acuerdo en pagar las facturas, además de cualquier interés si se me lleva a colección por cuentas sin pagar.

**NOMBRE**

**FIRMA**

**FECHA**

## Enrolamiento para Portal de Paciente

Middletown Eye Care/New Castle Eye Associates están alegres en anunciar nuestro nuevo portal de paciente que le da acceso conveniente a sus prescripciones, acceso en tiempo real a su archivo médico, comunicación entre paciente y proveedor seguro, y mucho más. Le animamos a que complete su registración y utilice el portal de paciente para beneficiarse de todas las características nuevas.

Si usted desea registrarse para el portal del paciente por favor de proveer su correo electrónico abajo y prepararemos su cuenta para usted. Si el paciente es un menor de edad, por favor de proveer el correo electrónico de su pariente/guardián.

Al momento de estar listo se puede registrar al ir a <https://revolutionphr.com/> y aportar el login y contraseña temporal.

Correo Electrónico del Paciente: \_\_\_\_\_

Contraseña Temporal: \_\_\_\_\_ WELCOME1 \_\_\_\_\_

## Imágenes de su Bienestar Retinal Anual

Como parte de su examen de los ojos, nuestro oculista recomienda un procedimiento diagnóstico llamado Fundus Photography Imaging. Este procedimiento consiste en capturar una imagen de la parte de atrás (la retina) de su ojo. Esto no es un rayos-x o un procedimiento ultrasonido; y nada tocara su ojo.

Este récord permanente es muy valioso en evaluar la salud corriente de su ojo y para salvaguardar la salud de estructuras específicas de su ojo, como la retina, el nervio óptico, la mácula y los vasos sanguíneos. Este examen también servirá como punto inicial para cual comparar, mientras continuemos su salud en los siguientes años.

El cobro para el Fundus Photography Imaging es \$39.00. Las imágenes del fondo de su ojo no están cubiertas bajo la mayoría de los planes de visión.

\_\_\_\_\_ **Si, deseo que tomen fotos retinales de mis ojos para documentación.**

\_\_\_\_\_ **No, no deseo que tomen fotos retinales.**

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

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