



Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____
 Ocupación: _____ Dirección: _____
 Seguro Social #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Correo Electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____
 Etnicidad: _____ Trabajo/Otro: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ M F Último examen ocular: _____
 Razón de la visita: _____
 Como fuiste referido a nuestra oficina: _____

Lista de los medicamentos que toma actualmente (prescripción y sin receta) _____

 Es usted alérgico a algún medicamento **YES NO**
 Si la respuesta es Sí, mencione los medicamentos: _____
 Mencionar todas las enfermedades importantes (glaucoma, diabetes, presión arterial alta, ataque cardíaco, etc.) o lesiones (concusión, etc.): _____ Lista de cirugías
 (catarata, apendectomía): _____

Tienes algún problema en los siguientes: En caso afirmativo, circule o agregue información adicional.

	SI	NO		SI	NO
OJOS: visión deficiente, dolor en los ojos, lagrimeo, enrojecimiento, etc.			PACIENTES FEMENTINOS: ¿Estas embarazada? ¿Lactando?		
PSIQUIÁTRICO: ansiedad, depresión, insomnio			CARDIOVASCULAR: alta presión, pulso acelerado, etc.		
ENDOCRINO: diabetes, hipotiroidismo, etc.			PIEL: espinillas, verrugas, crecimientos, erupción, etc.		
MÚSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES: dolor en las articulaciones, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.			BLOOD/LYMPH: hemorragia, colesterolemia, anemia, problemas relacionados con la transfusión de sangre, etc.		
GASTROINTESTINAL: malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc.			ALLERGIC / INMUNOLOGICO: estornudos, hinchazón, enrojecimiento, picazón, urticaria, lupus, etc.		
RESPIRATORIA: congestiones, sibilancias, dificultad para respirar, etc.			GENITAL, RIÑÓN, VEJIGA: urinación dolorosa o frecuente, impotencia, etc.		
NEUROLÓGICO: entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, etc.			OÍDOS, NARIZ, GARGANTA: dificultad auditiva, congestión nasal, dolor de oídos, tos, boca seca, etc.		

HISTORIA FAMILIAR (Madre, padre, abuelos, hermanos):

¿Algún miembro de tu familia tuvo estas enfermedades? (Círculo todo lo que aplican) **SI NO**
Ceguera, catarata, glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad de la tiroides, artritis
 Otras enfermedades hereditarias: _____

HISTORIA SOCIAL:

¿Su visión limita cualquier actividad de la vida diaria (conducir, leer, deportes, trabajar, etc.)? **SI NO**
 ¿Estás interesado en Lasik? **SI NO**
 ¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? **SI NO**
 ¿Bebes alcohol? **SI NO** Si es Si, ¿cuánto? _____
 ¿Fumas? **SI NO** Si es Si, ¿cuánto? _____ ¿Cuántos años?

INFORMACION DE SEGURO:

Nombre del Seguro: _____
 # de Grupo: _____
 Nombre del Asegurado: _____ Número de Póliza #: _____
 Fecha de nacimiento de Asegurado: _____ Relación con el paciente: Paciente Esposa/o Niño/a Padres



DR. JOHN NOWELL & DR. BENJAMIN KONYNENBELT

Imágenes de la Retina

1. DRS = Sistema de retinografía digital El DRS captura una imagen digital de la retina, la parte del ojo responsable para ver. Como los ojos de cada paciente son únicos, esta imagen proporciona una línea de base para la comparación cuando el médico monitorea la salud ocular a través de los años. Hacer esto anualmente le permite al médico saber exactamente cuándo y cómo están cambiando sus ojos y si se necesita más tratamiento. Se completa en cuestión de segundos y proporciona resultados instantáneos que serán revisados con usted hoy!

2. IWellness (OCT): El iWellness OCT es la tecnología más nueva en imágenes de la retina. Utiliza luz infrarroja cercana para capturar una imagen 3D de la retina, permitiendo al médico el acceso a una porción del ojo imposible de evaluar usando técnicas de examen estándar. Esta prueba avanzada detecta enfermedades oculares como glaucoma, degeneración macular o retinopatía diabética antes de que sean visibles durante un examen ocular rutinario. Como en la mayoría de las condiciones, la detección temprana es clave para tratar correctamente las enfermedades oculares. Los resultados son instantáneos y serán revisados con usted hoy!

- Elijo el DRS (costo de \$ 40)
- Elijo el IWellness (costo de \$ 40)
- Elijo el DRS y el IWellness (costo de \$60)

- Disminución de todas las pruebas

Para ayudarnos a brindar una mejor calidad de atención a nuestro pacientes, recomendamos estas pruebas a todos los pacientes. En la mayoría de los casos, estas herramientas avanzadas no están cubiertas por el seguro.

Evaluación de lentes de contacto

Las evaluaciones anuales de lentes de contactos no están incluidas en un examen ocular de rutina y es posible que el seguro no las cubra. Se requerirá pago en el momento del servicio para todas las evaluaciones de lentes de contactos. La tarifa de la evaluación anual se basa en la complejidad y el tipo de ajuste. El rango de pagos habitual y acostumbrado es de \$ 95 a \$ 160. Todas las visitas de seguimiento de lentes de contacto estarán cubiertas (sin cargo) durante 90 días.

- Elijo tener una evaluación de lentes de contacto y aceptó pagar la tarifa requerida.
- No deseo tener una evaluación de lentes de contacto y entiendo que mi examen no dará como resultado una receta para lentes de contacto

Firma

Fecha

SOUTHWEST ORLANDO EYE CARE

Política Financiera y de Seguro:

Gracias por elegir Southwest Orlando Eye Care como su proveedor de cuidado de la visión. Como parte de nuestros servicios, tratamos de contener el costo cada vez mayor de la atención de la vista. En un esfuerzo por hacerlo, le recomendamos que lea y firme la siguiente política financiera antes del tratamiento. El paciente o la persona responsable debe completar nuestra información y el formulario de seguro antes de ver al médico.

- **PAGO COMPLETO, COPAGO, PORCENTAJES Y / O DEDUCIBLES SE DEBEN AL MOMENTO EN QUE SE REALIZAN LOS SERVICIOS.** Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express y Discover. Si está comprando gafas o contactos, se espera que pague en su totalidad antes de que se puedan procesar los pedidos.
____ (Inicial) **POLÍTICA DE NO PRESENTAR:** Un paciente se considera "No Presentar" si se pierde o cancela una cita con menos de 24 horas de anticipación. Cuando esto ocurre, Southwest Orlando Eye Care pierde la oportunidad de atender a otros pacientes que desean ser atendidos. La falta de dar un aviso de 24 horas dará lugar a una tarifa de \$100. ____ (Inicial)
- **Política de la Oficina:** El seguro se factura como dentro de los 60 días, se le notificará a usted (el paciente). Las ordenes son para un producto personalizado. Por favor haz tu selección cuidadosamente.
- **Pacientes menores (menores de 18):** El adulto que acompaña a un menor (paciente / guardián) es responsable del pago total en el momento del servicio. Para los menores no acompañados, los arreglos de pago deben hacerse por **ADELANTADO** y debemos tener un permiso por escrito de los padres o tutores antes del tratamiento de un menor.
- **Cheques devueltos:** Se aplicará un cargo por servicio de \$50 a su cuenta por cheques devueltos. Todos los cheques devueltos no serán redepositados. Todos los balances deben pagarse en efectivo o con tarjeta de crédito. Se hará un intento para cobrar esta deuda del paciente, si no se cobra dentro de los 5 días posteriores al cheque devuelto; la cuenta será entregada a nuestra agencia de cobros. Solicitamos una copia de su licencia de conducir para sus registros si desea realizar pagos con cheque.
- **Prescripción de lentes para Gafas:** Si el paciente desea llevar su prescripción de lentes para gafas a otro lugar, Southwest Orlando Eye Care no será responsable de ninguna garantía sobre los anteojos fabricados en otro lugar. Sin embargo, el óptico estará encantado de verificar la prescripción de sus lentes contra su receta sin cargo. Si no está satisfecho con la compra de sus anteojos por algún motivo, con gusto le reembolsaremos su dinero dentro de los 60 días posteriores a la recepción de sus anteojos. Los marcos vienen con una garantía de un año.
- **Pacientes con lentes de contacto:** Se requieren más tiempo y pruebas para la adaptación y evaluación de lentes de contacto, por lo que se cobrará una tarifa profesional adicional fuera de la tarifa de examen integral. Los pacientes tienen 90 días de atención de seguimiento a partir de la fecha de la adaptación para realizar cualquier cambio en la receta necesaria, cualquier visita después de los 60 días, se incurrirá en una tarifa. Una receta para lentes de contacto solo es válida un año después de la fecha del examen y no se puede completar una vez que haya expirado. Una vez que el paciente ha ordenado y recibido los contactos, no se pueden devolver los lentes de contacto. Si el paciente desea tomar su receta de lentes de contacto en otro lugar, Southwest Orlando Eye Care no será responsable de ninguna garantía en sus lentes de contacto, ya todas las visitas de seguimiento se les cobrará una tarifa profesional adicional.
- Las prescripciones de anteojos y lentes de contacto (cuando se solicitan) se envían por fax al final de cada día hábil. ____ (Inicial)
- **Por favor, tenga en cuenta que:**
 1. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte en ese contrato.
 2. Usted es responsable de todos los cargos que sean negados / no cubiertos por la compañía de seguros. No todos los servicios están cubiertos por.
 3. Aunque verificamos la cobertura a través de su compañía de seguros con todos y cada uno de los pacientes, la verificación de los beneficios no es una garantía de pago. Debe presentar una compañía de su tarjeta de seguro para sus registros si se están utilizando seguros o planes de descuento. Solo se acepta un plan de seguro / descuento por paciente y año.
- 4. **Acuerda de responsabilidad del paciente: (Por favor marque uno)**
 - Estoy recibiendo servicios de Southwest Orlando Eye Care a través de mi seguro _____. Mi compañía de seguros ha sido contratada y mi cobertura de seguro ha sido verificada.
 - No presento cobertura de seguro y, por lo tanto, soy financieramente responsable de todos los servicios prestados
 - No presento cobertura de seguro y, por lo tanto, soy financieramente responsable de todos los servicios prestados.
 5. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica y tratamiento proporcionada con el fin de evaluar y administrar los reclamos por los beneficios del seguro. Por lo presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al optometrista, de lo contrario se me pagará a mí.
 6. He leído y entendido lo anterior. (Por favor firme abajo)

Signature _____ Date _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud. Por favor revísalo con atención.

- En Southwest Orlando Eye Care, siempre hemos mantenido su información de salud segura y confidencial
- La ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, que le demos este aviso y que cumplamos con los términos de este aviso
- La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a aquellos involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su expediente por un médico especialista a quien podemos involucrar en su cuidado.
- Podemos usar o divulgar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviarle un informe de su progreso a su compañía de seguros.
- Podemos usar o divulgar su información de salud para nuestras operaciones normales de atención médica. Por ejemplo, uno de nuestros empleados ingresará su información en nuestra computadora.
- Podemos usar su información para contactarlo. Por ejemplo, podemos enviar boletines informativos u otra información. Es posible que también deseemos llamar y recordarle sobre sus citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que contesta la llamada.
- En una emergencia, podemos divulgar su información de salud a un familiar u otra persona responsable de su cuidado.
- Podemos divulgar parte o toda su información de salud cuando lo exija la ley.
- Puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información de salud como se describe anteriormente.
- Como necesitaremos contactarlo de vez en cuando, utilizaremos cualquier dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico que tengamos en nuestros archivos.
- Tiene derecho a transferir copias de su información de salud a otra práctica
- Tiene derecho a ver y recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Danos una solicitud por escrito o firme un formulario de solicitud de registros con respecto a la información que está solicitando.
- Si cambiamos los detalles de este aviso, le notificaremos los cambios por escrito.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, D.C. 20201.
- Sin embargo, antes de presentar una queja, o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información de salud, comuníquese con nuestra oficina al (407) 271-8931.

Reconocimiento:

Recibí una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Southwest Orlando Eye Care. Las devoluciones o cancelaciones de anteojos o contactos se realizan a discreción de esta oficina. Se emitirá un crédito en la oficina. Los lentes progresivos tienen una garantía de 90 días sin adaptación, lo que significa que podemos cambiar los lentes por una sola visión o lentes bifocales alineados. Los lentes oftálmicos para gafas están hechas a medida para usted.

Firma: _____ Fecha: _____

Imprimir su Nombre: _____

Si firma como padre o el guardián, imprima el nombre del paciente a continuación:
