

LAKE DILLON EYE CARE
Formulario de Registro del Paciente

Información al Paciente

| | | | |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Apellido: _____ | Nombre: _____ | Segundo Nombre: _____ | |
| Dirección postal: _____ | Ciudad: _____ | Estado: ____ | Código Postal: _____ |
| Fec. Nac.: _____ | Edad: ____ | Celular #: _____ | Trabajo #: _____ Seguro Social: _____ |
| Empresa: _____ | Ocupación : _____ | E-mail: _____ | |

Responsable de Cuenta
Si el paciente es un menor / No es primario en el seguro

| | | | |
|-------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Apellido: _____ | Nombre: _____ | Segundo Nombre: _____ | |
| Dirección postal: _____ | Ciudad: _____ | Estado: ____ | Código Postal: _____ |
| Fec. Nac.: _____ | Edad: ____ | Celular #: _____ | Trabajo #: _____ Seguro Social: _____ |
| Empresa: _____ | Ocupación: _____ | | |

Información del seguro

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Nombre de seguro: _____ | # de Póliza: _____ | # de Grupo: _____ |
| Nombre del Suscriptor: _____ | Fec. Nac. del Suscriptor: _____ | Seguro Social del Suscriptor: ____ |

Contacto de emergencia

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------|----------------------|
| Apellido: _____ | Nombre: _____ | Teléfono móvil: _____ | Relación: _____ |
| Dirección de envío: _____ | Ciudad: _____ | Estado: ____ | Código postal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Marque aquí para autorizar a Lake Dillon Eye Care a divulgar información médica protegida (PHI) a este contacto. | | | |

Solicito que el pago de los beneficios de las compañías de seguros autorizadas se realice a mí o en mi nombre a Lake Dillon Eye Care por cualquier servicio prestado por el personal. Autorizo la divulgación de mi información médica a cualquier compañía de seguros con la que he contratado, o sus agentes, para determinar los beneficios. He recibido una copia del Aviso de Derechos de Privacidad de Información Médica de Lake Dillon Eye Care. Me doy cuenta de que si la información del seguro es incorrecta en el momento del servicio, seré responsable del pago y la facturación.

Firma del paciente / tutor

Fecha

LAKE DILLON EYE CARE
HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fec. nac. del paciente: _____ Doctor principal: _____

Farmacia Preferida: _____ Último examen de la vista: _____

Revisión de sistemas: Por favor marque todos los que apliquen

Síntomas Constitucionales

- Fiebre
- Pérdida / ganancia de peso (círculo)
- Problemas para dormir / insomnia

Cardiovascular

- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Ataque cardíaco / stent coronario
- Arritmia: _____
- Alta presión sanguínea
- Colesterol elevado
- Cirugía de bypass
- Marcapasos / DAI

Orejas, Nariz, Boca y Garganta

- Problemas de audición / tinnitus
- Congestión nasal

Respiratorio

- Enfisema
- Asma
- Cáncer de pulmón
- Apnea del sueño
- EPOC
- Uso de oxígeno

Gastrointestinal

- Hepatitis
- Úlceras / Sangrado
- Cáncer de estómago / colon
- GERD

Genitourinario

- Enfermedad del riñón
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de ovarios
- Cáncer uterino
- Embarazo actual
- STI: _____

Neurológico

- Desmayos / Mareos
- Migrañas / dolores de cabeza
- Concusión
- Convulsiones / Convulsiones / Epilepsia
- Apoplejía / Parálisis
- Tumor
- Alzheimer
- Parkinson's

Musculoesquelético

- Artritis degenerativa
- Artritis Reumatoide
- Lupus
- Fibromialgia
- Esclerosis múltiple

Integumentario (Piel / Pechos)

- Cáncer de mama
- Cáncer de piel
- Eczema
- Psoriasis

Alérgico / Inmunológico

- Alergias estacionales / generales
- Lupus
- Trastornos inmunes

Psiquiátrico

- Depresión
- Ansiedad
- Esquizofrenia

Hematológico / Linfático

- Anemia
- Enfermedad de célula falciforme
- Desorden sangrante
- Leucemia / cáncer de sangre

Endocrino

- Diabetes I o II (círculo)
- Problemas de tiroides

Ojos

- Visión borrosa (cerca / mediados / lejos)
- Ardiente
- Sequedad
- Visión doble
- Rasgado / riego / rascarse
- Deslumbramiento / sensibilidad a la luz
- Comezón
- Pérdida de visión lateral
- Pérdida de visión
- Dolor
- Rojez
- Enfermedad de la piel / culebrilla

Contactos

- Portador actual
- Interesado en contactos

LASIK

- Interesado en LASIK

Historia social

- El consumo de drogas
Frecuencia: _____
- Alcohol
Frecuencia: _____
- Tabaco
Frecuencia: _____
 - Ex fumador
 - Nunca fumador
- Marijuana
Frecuencia: _____

Historia del ojo (yo o familia))

Catarata

Cuando se diagnostica: _____

Tratamiento: _____

Relación: _____

Problemas con los músculos de los ojos

Cuando se diagnostica: _____

Tratamiento: _____

Relación: _____

Problemas de párpados

Cuando se diagnostica: _____

Tratamiento: _____

Relación: _____

Glaucoma

Cuando se diagnostica: _____

Tratamiento: _____

Relación: _____

Problemas de retina

Cuando se diagnostica: _____

Tratamiento: _____

Relación: _____

Otro: _____

Cuando se diagnostica: _____

Tratamiento: _____

Relación: _____

Historia familiar: Describa cualquier enfermedad importante o problemas hereditarios de los padres, abuelos, hermanos o hermanas.

Medicamentos actuales

Gotas para los ojos actuales / medicamentos para los ojos

Alergias a los medicamentos

¿Con qué frecuencia experimenta alguno de estos síntomas? Encierre en un círculo su respuesta.

Dolores de cabeza: tiene dolores de cabeza de cualquier gravedad cada semana o sus dolores de cabeza tienden a empeorar más tarde en el día.

Nunca Casi Nunca Algunas Veces Muy a Menudo Siempre

Dolor / rigidez de cuello y hombros: dolor / tensión cuando trabaja en la computadora o lee.

Nunca Casi Nunca Algunas Veces Muy a Menudo Siempre

Discomfort with Computer Use: Your eyes get tired, burn, or get red when you do long hours of computer work.

Nunca Casi Nunca Algunas Veces Muy a Menudo Siempre

Ojos cansados: sus ojos se sienten cada vez más fatigados / cansados a medida que avanza el día.

Nunca Casi Nunca Algunas Veces Muy a Menudo Siempre

Sensación de ojo seco: sus ojos se sienten progresivamente secos / arenosos / arenosos mientras trabaja en la computadora o lee.

Nunca Casi Nunca Algunas Veces Muy a Menudo Siempre

Sensibilidad a la luz: Las luces brillantes / fuertes (faros de vehículos, luces fluorescentes, etc.) le molestan.

Nunca Casi Nunca Algunas Veces Muy a Menudo Siempre

Mareos: experimenta mareos, cinetosis o vértigo.

Nunca Casi Nunca Algunas Veces Muy a Menudo Siempre

CONTACTO / FINANCIERO / HIPAA FORMAS DE CONSENTIMIENTO

El personal de Lake Dillon Eye Care (LDEC) a menudo se comunica con los pacientes por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Si no podemos hablar con usted directamente, dejamos mensajes cuando sea posible. Para proteger su privacidad, la política de LDEC es no dejar mensajes con nadie más que el paciente o el tutor legal, y no dejar información específica en un contestador automático sin un permiso por escrito.

No recibirá "spam" a través de texto, correo electrónico o teléfono. Estos métodos de contacto con usted son estrictamente para la eficiencia de la oficina y para su comodidad.

Al firmar este documento, se le enviará automáticamente la opción de recibir notificaciones de mensajes de texto y de correo electrónico, y podrá cancelar su suscripción en cualquier momento.

Si recibe mensajes de nosotros, puede responderlos con la palabra "detener" para cancelar la suscripción.

Tiene la opción de cambiar sus preferencias de contacto en cualquier momento completando un nuevo formulario de consentimiento.

Por favor, lea cada sección cuidadosamente y firme.

Políticas de la oficina

Regístrese en la recepción al llegar y presente su (s) tarjeta (s) de seguro actual (es). Si la información del seguro es incorrecta o está inactiva, usted será responsable del pago y la presentación de los cargos al plan de seguro correcto. Si llega tarde a su cita por más de diez minutos, haremos todo lo posible para atenderlo, pero, en ciertos días, puede ser necesario reprogramar su cita. Nos esforzamos por minimizar el tiempo de espera, pero ocurren emergencias, y prevaleceremos sobre una cita programada. Para reabastecimientos de medicamentos, requerimos un aviso de veinticuatro horas durante el horario laboral habitual. Nos reservamos el derecho de aplicar una tarifa de no presentación a los pacientes que no nos notifiquen la cancelación al menos veinticuatro horas antes de su cita programada.

Seguros y finanzas

Usted es responsable de todos y cada uno de los copagos, deducibles y coseguros. Es su responsabilidad comprender su plan de beneficios, qué servicios están cubiertos y saber si se requiere una referencia o autorización por escrito antes de una visita al consultorio. Si nuestra práctica no participa en su plan de seguro, se espera que usted realice el pago completo al momento de su cita; Le proporcionaremos una factura que puede enviar a su proveedor de seguros para su reembolso. Los saldos responsables del paciente se facturan inmediatamente después de recibir la explicación de beneficios (EOB) de su seguro. Su pago se debe realizar dentro de los quince días posteriores a la recepción de su factura. Cualquier saldo de cuenta pendiente de noventa días se enviará a una agencia de cobro. Los saldos pendientes se deben pagar antes de programar una nueva cita. LDEC acepta pagos mediante efectivo, cheque, tarjeta de débito, Care Credit y todas las principales tarjetas de crédito. Se espera que los pacientes que pagan por su cuenta paguen, en su totalidad, al momento del servicio.

Materiales

Los lentes recetados son dispositivos médicos hechos a la medida. Las monturas a las que se les han insertado lentes recetados no son reembolsables. Los lentes recetados hechos por LDEC pueden ser reembolsados hasta en un 50%, dentro de los 60 días, si el paciente no se adapta. El precio de los lentes de contacto puede igualarse con 1800contacts.com únicamente, y el paciente debe presentar la documentación al momento de la compra. Los reembolsos exclusivos de LDEC no se aplicarán a los materiales cuyo precio haya sido igualado.

_____ **Escriba sus iniciales aquí para indicar que ha leído detenidamente y comprende la sección de Materiales anterior.**

Firma del paciente / tutor

Fecha

Un Anuncio de Lake Dillon Eye Care

Nos complace informarle que durante esta visita a Lake Dillon eye Care, experimentará los beneficios de la última tecnología en el cuidado de los ojos: Optomap®. Optomap es una herramienta que nos ayuda en la evaluación de su retina. Con Optomap, podemos descubrir cualquier anomalía o confirmar la salud de su retina, diagnosticar cualquier enfermedad potencialmente dañina y, si es necesario, determinar el mejor curso de acción.

Un examen ocular integral anual es un componente importante de su régimen de atención médica. Estos chequeos anuales nos permiten evaluar su visión y examinar el área interna y posterior de su ojo, conocida como retina. El tejido sensible que conforma la retina es susceptible a una variedad de enfermedades que podrían provocar la pérdida de la visión o, en algunos casos, ceguera. La detección temprana de cualquier anomalía retiniana es crucial para mantener su salud ocular y sistémica porque en la mayoría de los casos de enfermedad ocular, en las primeras etapas, no experimentará signos ni síntomas.

Optomap es un procedimiento simple, no invasivo. En menos de medio segundo, podemos generar una imagen digital en color de alta resolución de su retina. Esta imagen se convierte en parte de su registro médico permanente y nos permite ver más de su retina, medir aspectos de su ojo y ampliar algunos de los detalles más finos. También podemos hacer un seguimiento de los cambios en su ojo a través del tiempo comparando el optomap de cada año. Además, desempeña un papel más activo en el cuidado de sus ojos al revisar las imágenes con su médico y aprender más sobre cómo proteger mejor su visión. Si está interesado en obtener más información sobre el optomap, visite www.optomap.com.

- Sí, estoy interesado en utilizar el dispositivo de imágenes de retina Optomap.
- No estoy seguro, tengo más preguntas.