



1513 S. Grand Avenue Suite 200
Los Angeles, CA 90015
Tel: 213-234-1000
Fax 213-234-1001

Steven C. Dresner, MD
Michael A. Burnstine, MD
David B. Samimi, MD
Helen A. Merritt, MD
Eric B. Hamill, MD

*Especialistas de: Plástica Oftálmica y
Cirugía Reconstructiva, Estética, Orbital, y Lagrimal*

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA SU CONSULTA FAVOR DE PRESENTAR LO SIGUIENTE A SU CITA:

- Identificación con fotografía.
- Tarjetas de seguro médico correspondientes.
- Autorización de seguro médico si tiene un seguro médico HMO.
- Los medicamentos que está tomando.
- Un intérprete si no habla inglés.
- Método de pago:
(Efectivo, Cheque, Visa, MasterCard, Discover, American Express son aceptados)

Citas son confirmadas electrónicamente a través de texto, correo electrónico, y llamadas telefónicas para la conveniencia del paciente.

Favor de no enviar sus formas a través de correo. Traiga sus formas debidamente llenas a su cita programada, pues no traerlas puede prolongar su tiempo de espera.

Hay amplio aparcamiento. Desafortunadamente, no podemos validar el estacionamiento. Para nuestras oficinas en Valencia y Torrance, ofrecemos estacionamiento gratuito.

DOWNTOWN L.A.	1513 S. Grand Avenue Suite 200 * Los Angeles, CA 90015 * Tel: 213-234-1000 * Fax: 213-234-1001
ENCINO	5363 Balboa Blvd Suite 246*Encino, CA 91316* Tel: 213-234-1000 * Fax: 213-234-1001
PASADENA	625 S. Fair Oaks Ave Suite 265 * Pasadena, CA 91105 * Tel: 626-564-0004 * Fax: 626-564-4261
SANTA MONICA	2121 Wilshire Blvd Suite 301 * Santa Monica, CA 90403 * Tel: 310-453-1763 * Fax: 310-453-9176
TORRANCE	3400 Lomita Blvd Suite 401*Torrance, CA 90505 * Tel: 310-530-9482 * Fax: 310-453-9772
VALENCIA	28212 Kelly Johnson Parkway Suite 239*Valencia, CA 91355 * Tel: 213-234-1000 * Fax: 213-234-1001



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____

Nº de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Domicilio: _____
Calle N° de Apt Ciudad Estado Código Postal

Tel. Celular: (____) ____ - ____ Tel. de Hogar: (____) ____ - ____

Correo Electrónico: _____

Si el paciente es menor de edad, nombre de persona responsable: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Empleador: _____ Ocupación: _____

Tel. del Trabajo: (____) ____ - ____ Ext. _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Raza: Indígena Americano o de Alaska Asiático Hispano Islas del Pacífico Otra Raza: _____
 Negro/a o Afroamericano de la India Blanco Multirracial Niego Responder

Etnicidad: Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino No Sé / Niego Responder
Estatus Matrimonial: Soltero/a Viudo/a Casado/a Divorciado/a
Idioma Preferido: Inglés Español Otro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIAS

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Domicilio: _____
Calle N° de Apt Ciudad Estado Código Postal

Tel. Celular: (____) ____ - ____ Tel. de Hogar: (____) ____ - ____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Portador Principal: Nombre de Seguro Médico: _____
Nº del Miembro: _____
Nº del Grupo: _____

Portador Secundario: Nombre de Seguro Médico: _____
Nº del Miembro: _____
Nº del Grupo: _____

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de Cabecera: _____ **Nombre de la Clínica:** _____

Domicilio de la Clínica: _____

Calle N° de Suite Ciudad Estado Código Postal

Tel. de la Clínica: (_____) _____ - _____ Número de Fax: (_____) _____ - _____

Médico de Referencia: _____ **Nombre de la Clínica:** _____

Domicilio de la Clínica: _____

Calle N° de Suite Ciudad Estado Código Postal

Tel. de la Clínica: (_____) _____ - _____ Número de Fax: (_____) _____ - _____

Razón de su visita: _____

Alergias: ¿Padece de alguna alergia a algún medicamento? No Sí ¿Tiene alergia al látex? No Sí

Favor de escribir todas las alergias, incluyendo medicamentos, medioambiente y comida: _____

Medicamentos: ¿Está tomando algún medicamento (incluyendo gotas para los ojos) o vitamina con frecuencia? No Sí

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón

Altura Actual: _____

Peso Actual: _____

Historial de Vacunas: *Favor de escribir cuando recibió las siguientes vacunas:*

Vacuna para la Neumonía: _____ Vacuna para el Flu: _____ Vacuna para el Zóster (herpes): _____

Historial de caídas: (Si es mayor de 65 años):

¿Ha tenido alguna caída durante el año pasado? No Sí. Número de caídas: _____

¿Alguna caída resulto en lesión? No Sí Favor de explicar lesión: _____

Historial Social

¿Alguna vez ha fumado? No Sí Cigarrillos ¿Cuántos? _____ ¿Por cuántos años? _____
 Cigarros ¿Cada Cuánto? _____ ¿Paro de fumar? No Sí

¿Bebe alcohol? No Sí Licor Fuerte Cerveza ¿Cada cuánto? _____
 Vino Cocteles Última vez que bebió alcohol: _____

¿Bebe cafeína? No Sí Café ¿Cuántas tazas al día? _____
 Té

Detección de Enfermedades Transmisibles de Aerosol: (Favor de notar cuáles síntomas usted padece)

¿Tiene historial de tuberculosis? No Sí. Favor de explicar: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <p>Tuberculosis</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tos productiva (>3 semanas) <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Escupitajo sangriento <input type="checkbox"/> Malestar <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Cansancio | <p>Enfermedades de Respiración Crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Goteo postnasal <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (GERD) <input type="checkbox"/> Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) <input type="checkbox"/> Tos seca de inhibidores ACE | <p>Flu y Otras Enfermedades Trasmisibles de Aerosol</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolores corporales <input type="checkbox"/> Síntomas respiratorios <input type="checkbox"/> Rigidez del cuello <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Cambios mentales <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Glándulas dolorosas o inflamadas <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Espasmos de tos severos <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Ampollas o sarpullido <input type="checkbox"/> Diarrea |
|---|---|---|

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su estado médico e historial:

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad e los ojos (por ejemplo: glaucoma, cataratas, ojo perezoso, o desprendimiento de la retina)? No Sí. Favor de explicar: _____

2. ¿Ha tenido algún tipo de cirugía de los ojos? (Incluya cirugías cosméticas de los párpados)
 No Sí Favor de escribir cuales:

Cirugía	¿En cuál ojo?	Fecha	Razón

3. ¿Ha sido tratado para cualquier condición médica escrita abajo? Favor de notar cuál(es):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Lípidos elevados | <input type="checkbox"/> Enfermedad del intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Arritmia cardiaca | <input type="checkbox"/> Enf. de Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> GERD/Reflujo de Acido | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Colesterol (¿Alto o Bajo?) | <input type="checkbox"/> Enf. del corazón | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación arterial | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Coagulación de sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes (¿Tipo 1 o Tipo 2) | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

4. ¿Ha tenido cualquier otro tipo de cirugía? No Sí. Favor de escribir todas las cirugías previas:

Cirugía	Fecha	Razón	Cirugía	Fecha	Razón

5. ¿Padece de alguna enfermedad crónica escrita abajo?

- | | | | | |
|--|--|--|---|--------------------------------------|
| Problemas Constitucionales: | <input type="checkbox"/> Fiebre crónica | <input type="checkbox"/> Cambio de peso inesperado | <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Prob. del Oído/Nariz/Garganta | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Garganta adolorida | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Problemas del Corazón: | <input type="checkbox"/> Dolores del pecho | <input type="checkbox"/> Latidos del corazón irregular | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Problemas Respiratorios: | <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar | <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Problemas Gastrointestinales: | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Problemas urinarios: | <input type="checkbox"/> Dolor/Incomodidad | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Problemas de la piel: | <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Resequedad excesiva | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Problemas musculo esqueléticos: | <input type="checkbox"/> Dolor de músculos | <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Problemas Neurológicos: | <input type="checkbox"/> Adormecimiento | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Problemas Psiquiátricos: | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Alguien en su familia padece de alguna condición médica o de ojos como la diabetes, presión alta, cáncer, glaucoma, degeneración macular, ó cataratas? No Yes ¿Cuál condición y cuál miembro familiar? _____

 Firma del Médico

 Fecha

 Firma del Paciente o Guardián

 Fecha

AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como su información puede ser usada, divulgada, y como usted puede acceder esta información. Por favor lea con cuidado. En **EYESTHETICA**, siempre hemos mantenido la información de salud del paciente segura y confidencial. Una nueva ley nos obliga a seguir manteniendo la privacidad de los pacientes, darles este aviso, y seguir los términos de esta noticia. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud con las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, un reviso de su archivo por un especialista que podemos involucrar en su cuidado. Podemos usar o divulgar su información para pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un reporte de su progreso a su seguro médico. Podemos usar o divulgar su información para nuestras operaciones de atención médica normal.

Podemos usar su información para contactarlo. Por ejemplo, podemos enviar un boletín de noticias u otra información. También podemos llamarlo para recordarle de sus citas. Si usted no está en su casa, podemos dejar esta información en su buzón de mensajes de voz o con la persona que conteste el teléfono. En caso de emergencia médica, podemos divulgar su información de salud con un familiar u otra persona responsable de su cuidado. Podemos divulgar alguna o toda su información cuando requerido por la ley.

Si se vende esta práctica, su información se convertirá en la propiedad del nuevo doctor o dueño. Con excepción a lo escrito previamente, nosotros no utilizaremos o divulgaremos su información de salud sin su consentimiento o autorización escrita. Puede expresar por escrito lo que no desee que divulguemos. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su solicitud. Usted tiene el derecho de saber sobre cualquier uso o con quien divulgamos su expediente médico en la manera descrita anteriormente. Como necesitamos comunicarnos con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o número telefónico que prefiera.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otra práctica. Nosotros le enviaremos su información a través de correo o fax. Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con ciertas excepciones. Por favor denos su solicitud por escrito si gusta ver su expediente médico. Si gusta una copia de sus archivos médicos, le podemos cobrar una cuota razonable.

Usted tiene el derecho de solicitar una modificación o un cambio a su expediente médico. Favor de hacer su solicitud por escrito. Si desea que incluyamos alguna declaración en su archivo, por favor pídalo por escrito. Puede ser que no podamos hacer los cambios, pero estamos dispuestos a incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en hacer alguna modificación o cambio a su archivo, no eliminaremos los documentos previos sino añadiremos la información nueva.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso. Si cambiamos cualquier detalle de este aviso, le notificaremos con los cambios por escrito. Si es necesario, usted puede presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201. Usted no recibirá ninguna represalia en su contra por presentar su queja. Sin embargo, antes de presentar la queja o si gusta obtener más información o ayuda sobre su privacidad de información médica, por favor comuníquese con nuestra oficina al (213) 234-1000.

Reconocimiento: He recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de **EYESTHETICA**.

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

Relación al Paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____, autorizo a los médicos y al personal de Eyesthetica a hablar con las siguientes personas con respeto a:

(Marque todo lo que corresponda)

- Toda la información médica; incluyendo, pero no limitado a, los registros de exámenes, consultas, tratamientos, estados de cuenta, radiografías, historial, analices de laboratorio, reportes de admisión y de alta, historial de tratamientos, diagnósticos/pronósticos, notas del Doctor o personal técnico, y cualquier información que no es médica en mi archivo.
- Sólo Registros de Estado de Cuenta
- Sólo Confirmaciones de Citas
- Sólo Programación de Cita (incluyendo cirugías)

La información médica marcada anteriormente solo puede ser revelada a las siguientes personas:

Miembro de Familia/Representante	Relación	Número Telefónico	Autorizado Hasta

* Esta autorización es válida hasta un año desde la fecha de la firma al menos de que se indique otra cosa

Iniciales:

_____ Entiendo que puedo terminar este Formulario de Autorización Médica. Para hacerlo, debo de notificar a Eyesthetica en escrito sobre la terminación y la fecha de vigencia.

_____ Sé que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo.

_____ Si el paciente es menor de edad, yo, como el representante, autorizo tratamiento para mi hijo/a por Eyesthetica.

_____ Entiendo que soy responsable por los servicios rendidos para el tratamiento médico y los pagos autorizados por mis representantes personales

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

Relación al Paciente: _____

FIRMA EN EL ARCHIVO

Iniciales:

_____ Cualquier dinero pagable a Steven C. Dresner, M.D., Michael A. Burnstine, M.D., David B. Samimi, M.D., Helen A. Merritt, M.D., y Eric B. Hamill, M.D., será pagado directamente a ellos. Autorizo que cualquier beneficio médico pagado a mi puede ser pagado directamente a Steven C. Dresner, M.D., Michael A. Burnstine, M.D., David B. Samimi, M.D., Helen A. Merritt, M.D., y Eric B. Hamill, M.D.

_____ Autorizo la divulgación de cualquier información médica a mi portador de seguro médico según ellos soliciten. Permiso que sea utilizado una copia de esta autorización en lugar de la copia original.

_____ Autorizo a los Doctores Steven C. Dresner, Michael A. Burnstine, David B. Samimi, Helen A. Merritt, y Eric B. Hamill para fotografiar, grabar, o ilustrar mi condición clínica para propósitos diagnósticos, educacionales, o investigaciones. Asimismo, autorizo el uso de estos materiales para propósitos de enseñanza o ilustración en artículos científicos, libros, o conferencias en cualquier momento sin inspección o aprobación de mi parte del producto final para su aplicación específica. Es entendido que de ninguna forma será identificado por nombre.

_____ Sobre los exámenes de laboratorio u otros exámenes realizados afuera de esta oficina: Yo soy responsable de asegurar que sean hechos con un proveedor que está contratado con mi seguro médico. Consulte al Departamento de Servicios de los Miembros de su seguro médico para más asistencia.

_____ Al escribir mis iniciales aquí, le otorgo permiso a Eyesthetica y a sus empleados, agentes, socios, y anunciantes, de utilizar mi imagen y semejanza, incluyendo, pero no limitado a fotos de antes y después, registros médicos, declaraciones de video o testimoniales de uso sin restricción para ser usado en medios impresos y electrónicos. El paciente o el tutor del paciente puede solicitar la eliminación de fotografías o contenido electrónico en cualquier momento por escrito. Yo libero a Eyesthetica de cualquier reclamo y responsabilidades del uso de mi imagen y semejanza por Eyesthetica.

SÓLAMENTE PARA LOS PACIENTES DE MEDICARE:

_____ Autorizo que cualquier titular de mi información médica o no médica divulgue la información a la Administración del Seguro Social y a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud o a los intermediarios o portadores de cualquier información necesaria para este o algún reclamo de Medicare relacionado. Permiso el uso de una copia de esta autorización en lugar de la original, y solicito que el pago de los beneficios de seguro médico a mí mismo o a la parte que acepta asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica sobre cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar por mi tratamiento (la Sección 1128b de la Ley de Seguridad Social y 31 USC 3801-3812 prevé sanciones por retener esta información). Reglamentos sobre la asignación de los beneficios de Medicare también aplican.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Relación al Paciente: _____

EXPLICACIÓN DE POLIZA DE LA PRACTICA: POLIZAS FINANCIERA, DERECHOS DE PACIENTES, Y RESPONSABILIDADES

LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A:

- Ser tratados con profesionalidad y respeto.
- Confidencialidad sobre su historial médico y cualquier otra información personal. *
- Recibir explicaciones sobre los exámenes y procedimientos administrados, y a recibir respuestas a cualquier pregunta que pueda tener.
- Revisar su expediente médico con su proveedor de salud y participar en decisiones sobre su cuidado médico.
- Otorgar o negar consentimiento para cualquier cuidado o tratamiento médico.

TODOS LOS PAGOS SON ANTICIPADOS AL TIEMPO DE SERVICIO:

El pago se requiere en el momento que los servicios son rendidos al menos que se hayan hecho otros acuerdos. Esto incluye coaseguro, copagos, y el deducible para las compañías de seguro médico participantes. EYESTHETICA acepta efectivo, cheques personales (solo de California), American Express, Discover Card, MasterCard o Visa. Cobramos \$25.00 por cada cheque devuelto.

SEGURO MÉDICO PPO:

Nosotros cobraremos a sus portadores de seguro médico de cortesía. Se anticipa que usted pague sus cobros de coaseguro, copagos, y deducible al tiempo de servicio. Usted es responsable por los pagos de todos los cargos. Si usted requiere asistencia o tiene preguntas, por favor comuníquese con nuestro **Departamento de Facturación al 855-480-9930 entre 8:00 am y 4:30 pm de lunes a viernes.**

SEGURO DE CUIDADO ADMINSTRADO (HMO):

Si usted está inscrito en un plan de seguro de cuidado (HMO), nosotros debemos estar contractados con su grupo médico o debemos tener una Carta de Acuerdo vigente antes de visita con su autorización. Usted va a ser cobrado por los servicios recibidos si no tenemos una autorización vigente.

CITAS PERDIDAS O CANCELACIONES DE ULTIMO MINUTO:

Citas perdidas representan un cobro a nosotros. Otros pacientes pudieron haber sido vistos durante el tiempo que le alojamos a usted. Requerimos un aviso de 24 horas de anticipación para cancelar su cita. Reservamos el derecho de cobrarle por citas pérdidas o cancelaciones de último minuto. Falta excesiva de mantener sus citas con un aviso de 24 horas puede resultar en que paremos de atenderlo en esta práctica.

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA:

Yo, el abajo firmante, he leído este aviso y entiendo que todos los gastos médicos incurridos por mi o mis dependientes por los servicios rendidos por los doctores de Eyesthetica son mi responsabilidad. Por lo presente, otorgo la asignación y el pago directo al doctor correspondiente. También concedo que, si es necesario, que mi saldo de facturación sea transferido a una agencia de colecciones y también seré responsable por cualquier cobro de la agencia de colecciones

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Relación al Paciente: _____

* A petición, podemos ofrécete una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad.