

**DATOS DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

# de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  No Contesta  
 Fem.

Pronombre preferido: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Calle # Apto Ciudad Estado Código Postal  
 Teléf. Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléf. de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre responsable: \_\_\_\_\_

Si se realiza a través de poder o representante de atención sanitaria, nombre del responsable: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ \*Por favor proporcione copias para nuestros archivos.

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

**Raza:**  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Hispano  Isleño del Pacífico  Otra: \_\_\_\_\_  
 Negro o Africano Americano  Indio  Blanco  Multirracial  No Contesta

**Etnia:**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Desconocida / No Contesta  
**Estado Civil:**  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  No Contesta  
**Idioma Preferido:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_

Dirección de la Clínica: \_\_\_\_\_

Calle # Oficina Ciudad Estado Código Postal  
 Teléf. de la Clínica: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Médico Remitente: \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_

Dirección de la Clínica: \_\_\_\_\_

Calle # Oficina Ciudad Estado Código Postal  
 Teléf. de la Clínica: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN LABORAL**

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Calle # Apto Ciudad Estado Código Postal

Teléf. Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléf. de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**DATOS DEL SEGURO**

**\*ROGAMOS NOS PROPORCIONE LAS TARJETAS DE SEGURO MÁS RECIENTES PARA HACER COPIAS PARA NUESTROS ARCHIVOS**

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Motivo de la Visita: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo empezó la afección? \_\_\_\_\_

**Alergias:** ¿Alergias conocidas a medicamentos?  No  Si      ¿Alergia al látex?  No  Si  
 Enumere todas las alergias conocidas, incluyendo a medicamentos, ambientales y a alimentos: \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** ¿Toma actualmente algún medicamento (inc. gotas para ojos) o vitaminas con regularidad?  No  Si

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo

Farmacia: \_\_\_\_\_ Número de Teléf.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Historial de Vacunación:** Haga una lista de las fechas de vacunación.

Vacuna Antigripal (Año): \_\_\_\_\_ Vacuna contra la Neumonía (Año): \_\_\_\_\_ Vacuna contra el Zoster (Año): \_\_\_\_\_

**Historial de Caídas (Si es mayor de 65):**

¿Ha tenido alguna caída durante el pasado año?  No  Si. Número de caídas: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna de las caídas resultó en lesión?  No  Si *En caso afirmativo, rogamos la describa:* \_\_\_\_\_  
 ¿Usa bastón?  No  Si      ¿Usa caminadora?  No  Si

Sufre alguna de las siguientes enfermedades crónicas:

- |   |  |   |  |                                      |
|---|--|---|--|--------------------------------------|
| <b>Problemas de Metabolismo:</b>          | <input type="checkbox"/> Fiebre Crónica      | <input type="checkbox"/> Cambio de Peso Inesperado    | <input type="checkbox"/> Fatiga            | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Prob. de Garganta, Nariz y Oído:</b>   | <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición | <input type="checkbox"/> Problemas de Sinusitis       | <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas Cardíacos:</b>               | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho   | <input type="checkbox"/> Latido Irregular             | <input type="checkbox"/> Marcapasos        | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas Respiratorios:</b>           | <input type="checkbox"/> Sibilancia          | <input type="checkbox"/> Falta de Aire                | <input type="checkbox"/> Tos               | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas Gastrointestinales:</b>      | <input type="checkbox"/> Acidez Estomacal    | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal              | <input type="checkbox"/> Diarrea           | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas Urinarios:</b>               | <input type="checkbox"/> Dolor o malestar    | <input type="checkbox"/> Sangre en Orina              | <input type="checkbox"/> Incontinencia     | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas de la Piel:</b>              | <input type="checkbox"/> Erupciones          | <input type="checkbox"/> Resequedad excesiva          | <input type="checkbox"/> Eccema            | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas Musculo esqueléticos:</b>    | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular  | <input type="checkbox"/> Articulaciones Inflamadas    | <input type="checkbox"/> Rigidez articular | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas Neurológicos:</b>            | <input type="checkbox"/> Entumecimiento      | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza            | <input type="checkbox"/> Parálisis         | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas Psiquiátricos:</b>           | <input type="checkbox"/> Depresión           | <input type="checkbox"/> Ansiedad                     | <input type="checkbox"/> Bipolar           | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas de Metabolismo:</b>          | <input type="checkbox"/> Sed en Exceso       | <input type="checkbox"/> Hambre en Exceso             | <input type="checkbox"/> Orina en Exceso   | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <b>Problemas Hematológicos/Linfáticos</b> | <input type="checkbox"/> Sangrado            | <input type="checkbox"/> Nódulos Linfáticos sensibles | <input type="checkbox"/> Linfadenopatía    | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

**Revisión del Paciente para Enfermedades Transmisibles por Aerosol:** (Marque cuales de los siguientes síntomas tiene actualmente)

¿Tiene antecedentes de tuberculosis?  No  Si      En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene gripe u otra Enfermedad Transmisible por Aerosol?  No  Si      En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Estatura Actual: \_\_\_\_\_      Peso Actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

## REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Responda las siguientes preguntas sobre su estado e historial médico:

1. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad ocular (p. ej.: glaucoma, cataratas, ojo desviado o "bizco", desprendimiento de retina)?  
 No  Si En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido alguna vez una cirugía ocular? (Incluya las cosméticas o cirugía en los párpados superior e inferior)  
 No  Si En caso afirmativo, enumérelas a continuación

Cirugía	¿Cuál Ojo?	Fecha	Motivo

3. ¿Ha sido tratado alguna vez por cualquiera de las siguientes afecciones? *En caso afirmativo, marque cuál o cuales.*

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias           | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____                       | <input type="checkbox"/> Nivel alto de lípidos    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Intestino Irritable |
| <input type="checkbox"/> Angina             | <input type="checkbox"/> Arritmia Cardíaca                   | <input type="checkbox"/> Colecistopatía           | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                      |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad           | <input type="checkbox"/> EPOC                                | <input type="checkbox"/> GERD o Reflujo Ácido     | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal                  |
| <input type="checkbox"/> Artritis           | <input type="checkbox"/> Arteriopatía Coronaria              | <input type="checkbox"/> Dol. de cabeza, migrañas | <input type="checkbox"/> Convulsiones                      |
| <input type="checkbox"/> Asma               | <input type="checkbox"/> Colesterol (Círculo: Alto o Bajo)   | <input type="checkbox"/> Cardiopatía              | <input type="checkbox"/> Derrame                           |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación atrial | <input type="checkbox"/> Depresión                           | <input type="checkbox"/> Problemas Hepáticos      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides         |
| <input type="checkbox"/> Coágulos           | <input type="checkbox"/> Diabetes (Círculo: Tipo 1 o Tipo 2) | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial    | <input type="checkbox"/> Otra: _____                       |

4. ¿Ha sido operado alguna vez?  No  Si En caso afirmativo, enumere a continuación:

Cirugía	Fecha	Motivo	Cirugía	Fecha	Motivo

5. ¿Tiene antecedentes familiares de enfermedades oculares o problemas médicos (p.ej. diabetes, hipertensión arterial, cáncer, glaucoma, degeneración macular, cataratas)?  No  Si

En caso afirmativo, ¿de qué tipo y cuál miembro de la familia? \_\_\_\_\_

### Historia Social

- |                        |   |                                       |  |   |
|------------------------|---|---------------------------------------|--|---|
| ¿Ha fumado alguna vez? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Cigarrillos  | ¿Cuántos? _____                            | ¿Cuántos años? _____  |
|                        |   | <input type="checkbox"/> Puros        | ¿Con qué frecuencia? _____                 | ¿Lo dejó? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| ¿Bebe alcohol?         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Licor Fuerte | <input type="checkbox"/> Cerveza           | ¿Con qué frecuencia? _____  |
|                        |   | <input type="checkbox"/> Vino         | <input type="checkbox"/> Bebidas mezcladas | ¿Cuándo fue su última copa? _____                                 |
| ¿Bebe café?            | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Café         | ¿Cuántas tazas al día? _____               |   |
|                        |   | <input type="checkbox"/> Té           |  |   |

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo puede acceder a esta información. Rogamos la revise detenidamente. En **EYESTHETICA**, siempre hemos mantenido los datos médicos de los pacientes de forma segura y confidencial. Una nueva ley nos exige seguir manteniendo la privacidad de los pacientes, darle este aviso y cumplir con las condiciones de este aviso. La ley nos permite usar o divulgar sus datos médicos a aquellos que estén involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, la revisión de su expediente por un médico especialista a quien hemos incluido en su asistencia. Podemos usar o divulgar sus datos médicos para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un informe de su evolución a su compañía de seguros. Podemos usar o divulgar sus datos médicos para nuestras operaciones de salud cotidianas.

Podemos usar sus datos para contactarle. Por ejemplo, podemos enviarle un boletín u otra información. También podemos llamarle y recordarle sus citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su máquina contestadora o con la persona que atienda el teléfono. En una emergencia médica, podemos revelar su información médica a un familiar u otra persona que sea responsable de su cuidado. Podemos liberar algunos o todos sus datos médicos cuando se nos exija por ley.

Si esta consulta es vendida, sus datos se convertirán en la propiedad del nuevo médico/propietario. Con excepción de lo antes descrito, esta consulta no usará o revelará sus datos médicos sin su autorización/consentimiento previo por escrito. Puede solicitarnos por escrito que no usemos o divulguemos sus datos médicos tal como se indicó anteriormente. Le haremos saber si nos es posible cumplir con su solicitud. Tiene derecho a saber los usos o divulgaciones que hagamos con sus datos médicos más allá de los usos normales antes mencionados. Ya que necesitaremos contactarle de vez en cuando, usaremos la dirección o número de teléfono que usted prefiera.

Tiene derecho a transferir copias de sus datos médicos a otra consulta. Enviaremos su archivo por fax o email por usted. Tiene derecho a ver y recibir una copia de sus datos médicos, con algunas excepciones. Envíenos una solicitud por escrito con la información que quiere ver. Si también quiere una copia para sus archivos, podemos cobrarle una tarifa razonable por las copias.

Tiene derecho a solicitar una modificación o cambio de sus datos médicos. Envíenos su solicitud de cambios por escrito. Si desea incluir una declaración en su expediente, envíenosla por escrito. Podremos hacer o no los cambios solicitados pero estaremos encantados de incluir su declaración en su expediente. Si acordamos realizar una modificación o cambio, no retiraremos ni alteraremos documentos anteriores, sino que añadiremos nuevos datos.

Tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos alguno de los detalles de este aviso, le notificaremos de los cambios por escrito. De ser necesario, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201. No sufrirá retaliaciones por presentar una queja. Sin embargo, antes de presentar una queja, o para más información o asistencia con respecto a la privacidad de sus datos médicos, contacte directamente con nuestra oficina por el (213) 234-1000.

**Reconocimiento:** He leído o recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de **EYESTHETICA**. He sido informado de que puedo solicitar una copia y reconozco que hay una copia en la sala de espera.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a los Doctores y al personal de Eyesthetica para hablar con las personas a continuación sobre:

(Marque todas las que apliquen)

- Todos los datos médicos; incluyendo, entre otros, registros correspondientes a exámenes, tratamientos, consultas, registros de facturas, rayos x, informes, historial, hallazgos en laboratorio, informes de ingreso y alta, registros de tratamiento, registros de diagnósticos/prognosis, notas del técnico y del Doctor y cualesquiera otros datos distintos a los médicos en mi expediente.
- Únicamente los registros de facturación
- Únicamente las confirmaciones de citas
- Únicamente la Planificación (incluyendo cirugía)
- Rechazo la liberación de mis datos médicos exceptuando a mi compañía de seguros, si procede.

Los datos médicos anteriores únicamente serán divulgados a las siguientes personas:

Familiar o Representante	Relación	Número de Teléfono	Autorizado Hasta

\* La presente Autorización es válida por un año a partir de la fecha de su firma, a menos que se indique lo contrario.

**Inicial:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo rescindir este Formulario de Autorización Médica. Para hacerlo, debo notificar a Eyesthetica por escrito sobre la rescisión y su fecha de efecto.

\_\_\_\_\_ Reconozco saber que tengo derecho a una copia de este acuerdo.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable de los servicios prestados para el tratamiento y de los pagos autorizados por mis representantes personales.

\_\_\_\_\_ Si el paciente es menor de edad, yo, el representante, autorizo el tratamiento médico de mi hijo por Eyesthetica.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**FIRMA ARCHIVADA**

Inicial:

\_\_\_\_\_ Las sumas pagaderas a Steven C. Dresner, M.D., Michael A. Burnstine, M.D., David B. Samimi, M.D., Christopher C. Lo, M.D., Yao Wang, M.D., Jordan Conger, M.D., y Carl Rebhun, M.D., les serán pagadas de forma directa. Autorizo que las prestaciones médicas que sean pagaderas a mi persona les sean pagadas directamente a Steven C. Dresner, M.D., Michael A. Burnstine, M.D., David B. Samimi, M.D., Christopher C. Lo, M.D., Yao Wang, M.D., Jordan Conger, M.D., y Carl Rebhun, M.D.

\_\_\_\_\_ Autorizo la liberación de mis datos médicos a mi compañía de seguros según sean requeridos por ésta. Doy permiso para que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

\_\_\_\_\_ Pruebas de laboratorio y otras pruebas hechas fuera de esta consulta: Es responsable de asegurar que éstas sean hechas con un proveedor que tenga un contrato con su seguro. Consulte con el Departamento de Servicios a Miembros de su seguro para recibir asistencia.

\_\_\_\_\_ Por la presente doy permiso a los Doctores Steven C. Dresner, M.D., Michael A. Burnstine, M.D., David B. Samimi, M.D., Christopher C. Lo, M.D., Yao Wang, M.D., Jordan Conger, M.D., y Carl Rebhun, M.D. para que fotografíen, graben en video o ilustren de cualquier otra manera mi condición clínica de la forma que se estime conveniente para fines de diagnóstico, educativos o de investigación. Autorizo además el uso de dicho material con fines pedagógicos o para ilustrar trabajos, libros o ponencias científicos en cualquier momento de aquí en adelante sin inspección ni aprobación, por mi parte, del producto finalizado con uso específico al que le será aplicado este material. Entiendo que no será identificado con mi nombre de ninguna manera.

\_\_\_\_\_ Al poner aquí mis iniciales, le otorgo permiso a Eyesthetica y a sus empleados, agentes, socios y publicistas, a usar mi imagen y apariencia, incluyendo, entre otros, fotos de antes y después, registros clínicos, declaraciones por video y testimoniales para un uso sin restricciones en medios impresos y electrónicos. El paciente o su tutor podrán solicitar el retiro de fotografías o material electrónico en cualquier momento por escrito. Libero a Eyesthetica de cualquier reclamo y responsabilidad que surjan del uso de mi imagen y apariencia por Eyesthetica.

**SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE:**

Autorizo a cualquier titular de datos médicos u otros datos sobre mí a que revelen a la Administración de la Seguridad Social y a la Administración de Financiación de Atención Médica la información necesaria para este u otro reclamo relacionado con Medicare. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original, y solicito el pago de beneficios del seguro médico a mi persona o a la persona que acepte la designación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra persona que sea responsable del pago de mi tratamiento (La sección 1128b de la Ley de Seguridad Social y 31 U.S.C. 3801-3812 disponen sanciones por retener esta información.) La normativa correspondiente a la designación de beneficios de Medicare es igualmente aplicable.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**EXPLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRÁCTICAS: PÓLIZAS FINANCIERAS  
 DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A:

- Ser tratados con profesionalidad y respeto.
- Confidencialidad de su expediente médico y todos los demás datos personales. \*
- Recibir explicaciones de pruebas o procedimientos de consulta, o respuestas a cualquier pregunta que pueda tener.
- Revisar su expediente médico con su proveedor de atención médica y participar en decisiones sobre su atención médica.
- Consentir o rechazar atención o tratamiento médico.

**TODO PAGO ES ESPERADO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO:**

Se exige el pago en el momento en que se presten los servicios a menos que se haya llegado a otro acuerdo. Esto incluye coaseguros, copagos y deducibles aplicables para compañías de seguros participantes. EYESTHETICA acepta efectivo, cheques personales (sólo en el estado), American Express, Discover Card, MasterCard o Visa. Hay un cargo de servicio de \$25.00 por cheques devueltos. Un cargo no reembolsable de \$200 se recolectará antes de ver el Doctor para toda las citas consideradas cosméticas. Cargos adicionales podrían aplicar.

**SEGURO PPO:**

Facturamos a las compañías de seguros participantes como cortesía para usted. Se espera que pague su coaseguro, copago y deducible en el momento del servicio. Usted es responsable del pago de todos los cargos. Si necesita asistencia o tiene preguntas, contacte a nuestro **Departamento de Facturación por el 855-480-9931 entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m., de lunes a viernes.**

**SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA:**

Si está inscrito en un plan de seguro de atención médica administrada (p. ej. HMO), debemos estar contratados por su Grupo Médico o tener una Carta de Acuerdo preparada anteriormente a su visita junto con una autorización. Le serán facturados los servicios recibidos sin autorización previa.

**CITAS PERDIDAS/CANCELACIONES TARDÍAS:**

Las citas incumplidas son un gasto para nosotros. Podríamos haber atendido a otros pacientes en el tiempo que le fue apartado. Se requiere que las cancelaciones se hagan con 24 horas de anticipación. Nos reservamos el derecho a cobrar las citas perdidas o canceladas tardíamente. El uso excesivo de citas programadas puede tener como resultado la expulsión de nuestra consulta.

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA:**

Yo, el suscrito, he leído lo expuesto anteriormente y reconozco que todos los cargos incurridos por mí o mis dependientes por servicios prestados por médicos de Eyesthetica son mi responsabilidad financiera. Por la presente autorizo la asignación y pago directo al médico que ha prestado los servicios. Igualmente acepto que si resulta necesario enviar mi cuenta a una agencia de cobros, seré también responsable de la tarifa cobrada por la agencia de cobros por gastos de cobro.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_