

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:

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

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Alergias | ☐ Cáncer: _____ | ☐ Nivel alto de lípidos | ☐ Enfermedad de Intestino Irritable |
| ☐ Angina | ☐ Arritmia Cardíaca | ☐ Coleciatopatía | ☐ Osteoporosis |
| ☐ Ansiedad | ☐ EPOC | ☐ GERD o Reflujo Ácido | ☐ Enfermedad Renal |
| ☐ Artritis | ☐ Arteriopatía Coronaria | ☐ Dol. de cabeza, migrañas | ☐ Convulsiones |
| ☐ Asma | ☐ Colesterol (Círculo: Alto o Bajo) | ☐ Cardiopatía | ☐ Derrame |
| ☐ Fibrilación atrial | ☐ Depresión | ☐ Problemas Hepáticos | ☐ Enfermedad de la Tiroides |
| ☐ Coágulos | ☐ Diabetes (Círculo: Tipo 1 o Tipo 2) | ☐ Hipertensión Arterial | ☐ 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? | ☐ No ☐ Si | ☐ Cigarrillos | ¿Cuántos? _____ | ¿Cuántos años? _____ |
| | | ☐ Puros | ¿Con qué frecuencia? _____ | ¿Lo dejó? ☐ No ☐ Si |
| ¿Bebe alcohol? | ☐ No ☐ Si | ☐ Licor Fuerte | ¿Cerveza | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| | | ☐ Vino | ¿Bebidas mezcladas | ¿Cuándo fue su última copa? _____ |
| ¿Bebe cafeína? | ☐ No ☐ Si | ☐ Café | ¿Cuántas tazas al día? _____ | |
| | | ☐ 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 \$300 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: _____