

**Bienvenido (Imprima las respuestas a todas las preguntas. Su información permanecerá confidencial según la política de HIPAA)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Primero Medio Último

Si es menor de edad, nombre del PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Hembra SSN: \_\_\_\_\_

Ocupación (o Grado): \_\_\_\_\_ Empleador (o escuela): \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otro

¿A quién podemos agradecer por hablarle sobre nuestra oficina?  Sitio web de seguros  Búsqueda en Internet  Paciente anterior  
 Walk By/Señalización  Referencia de un amigo o familiar \_\_\_\_\_

Raza:  Afroamericano  Asiático  Caucásico  Hispánico  Indio  Otro

Idioma preferido:  Inglés  Otro: \_\_\_\_\_

El nombre de su médico es: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**USUARIOS AUTORIZADOS A LOS REGISTROS DEL PACIENTE (CONTACTO DE EMERGENCIA):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Comprobación de la salud de sus ojos**

La Junta de Optometría de Florida ha establecido que un examen ocular completo para un nuevo paciente incluye un examen de fondo de ojo dilatado. Este procedimiento consiste en colocar una o gotas de coloración en cada ojo que dilatarán las pupilas. El médico estudiará las estructuras internas de su ojo para garantizar una salud adecuada. Las gotas administradas causarán sensibilidad a la luz y cierto grado de visión borrosa, especialmente visión de cerca (los efectos pueden durar hasta 5 horas). La conducción puede verse afectada y debe hacerse con extrema precaución. Debido a que su seguridad es de suma importancia para nosotros, preferimos que tenga a alguien con usted para conducir.

**Divulgación de información sobre seguros**

Al hacer un reclamo de terceros, autorizo la divulgación de mi información médica para procesar mi reclamo de terceros. Autorizo a Duval Eye Associates a presentar quejas en mi nombre si mi transportista externo no maneja adecuadamente mi reclamo. Autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier tercero, ajustador o abogado involucrado en la resolución del estado financiero de mi cuenta. Autorizo a mi plan de terceros a pagar directamente a Duval Eye Associates. Si mi plan no paga este reclamo, acepto ser responsable del pago de estos servicios profesionales.

**Formulario de reconocimiento de privacidad y consentimiento voluntario**

He leído este Formulario de Consentimiento y lo entiendo. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud para fines de tratamiento, pago y opciones de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma

## Historial ocular personal

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? Gafas / Lentes de contacto / Ambos / Otros: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes problemas?  Dolor o molestia en los ojos  Infección del ojo o del párpado

Pérdida de la visión  Visión borrosa  Casi  Rojez

Visión doble  Sequedad  Secreción mucosa  Flotadores

Sensación arenosa/arenosa  Picazón  Arde  Parpadea

Exceso de lagrimeo/riego  Sensibilidad al deslumbramiento/luz  Ojos cansados

Sties o Chalazión  Sensación de cuerpo extraño  Otro \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue tu último examen? (Aproximadamente) \_\_\_\_\_ Nombre/Ubicación del Médico: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad o trastorno ocular?  Ninguno  Ojos secos  Catarata  Glaucoma  Degeneración macular

Trastorno de la retina  Ambliopía  Ojo cruzado  Trauma  Otro \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugía ocular?  Ninguno  Lasik  RK  Catarata  Retina  Párpado  Otro \_\_\_\_\_

¿Llevas GAFAS?  No  Sí ¿Cuándo usas tus GAFAS?  Dedicación plena  Tiempo parcial

¿Usas CONTACTS?  No  Sí

Si conoces la Marca de tus contactos, por favor indica: \_\_\_\_\_

## Historial médico personal (muchas afecciones médicas generales afectan el ojo y la visión)

Por favor, marque esta casilla si **NO** tiene ninguna condición médica.

¿Tiene problemas con los siguientes sistemas médicos? (Por favor, marque todo lo que corresponda en cada casilla)

<b>Constitucional</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Neurológico</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Gastrointestinal</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Preocupación digestiva <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Allergic/Immunologic</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/> Alergia ambiental <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Endocrino</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Disfunción hormonal <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Musculoesquelético</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Distrofia muscular <input type="checkbox"/> Osteoarthritis <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Cardiovascular</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/HTA <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Sangre/Linfático</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Tegumentario/Piel</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Eccema <input type="checkbox"/> Rosácea <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>Genitourinario</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario <input type="checkbox"/> Problemas renales <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Psiquiátrico</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno de pánico <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Respiratorio</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Upper respiratory tract infection <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Other _____
<b>Oídos, nariz y garganta</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Problema sinusal <input type="checkbox"/> Garganta/Boca seca <input type="checkbox"/> Otro _____	Enumere otras afecciones médicas que no se mencionan aquí: _____	

## Historial de medicamentos

¿Toma algún medicamento con o sin receta con regularidad?  no  Sí En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos?:  Ninguno conocido  Penicilina  Sulfa  Other: \_\_\_\_\_

## Historia clínica familiar

¿Hay algún historial médico familiar de alguno de los siguientes? (En caso afirmativo, enumere su relación con usted)

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Enfermedad corneal _____
<input type="checkbox"/> Ceguera _____	<input type="checkbox"/> Ojo vago _____
<input type="checkbox"/> Cataratas _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Glaucoma _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____
<input type="checkbox"/> Macular _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad hereditaria _____
<input type="checkbox"/> Retiniano _____	<input type="checkbox"/> Otros trastornos oculares _____

## Historia social

¿Consumir tabaco?  No  Sí ¿Bebidas alcohólicas?  No  Sí ¿Drogas ilegales?  No  Sí

¿Estás embarazada?  No  Sí ¿Lactancia materna?  No  Sí

# Seguro de visión vs. Seguro médico

Para evitar confusiones y malentendidos, por favor lea lo siguiente

Estamos obligados por ley a seguir las pautas adecuadas de codificación y facturación para los exámenes oculares. Su seguro médico no pagará por problemas de visión y su plan de visión no pagará por problemas médicos. Esto **NO** se puede determinar hasta la finalización del examen.

Su plan de visión le proporciona un examen de "buena visión". Esto supone ojos sanos que solo sufren de problemas de enfoque como miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.

**SU PLAN DE VISIÓN SOLO PAGARÁ EL EXAMEN SI NO HAY NADA MALO CON LA SALUD DE SUS OJOS.**

Los ojos secos, los ojos rojos, la blefaritis, las alergias, las complicaciones de los lentes de contacto, las cataratas, las moscas volantes, los trastornos del nervio óptico, los problemas de retina y la diabetes se codifican y facturan médicamente.

## Políticas de servicio profesional

Creemos firmemente que todos los pacientes merecen de nosotros la mejor atención médica que podemos brindar. Además, creemos que todos se benefician cuando se acuerdan acuerdos financieros definitivos. En consecuencia, hemos preparado este material para familiarizarlo con nuestra política. **NO** se darán recetas hasta que se cumpla con el saldo total del paciente. **NO HAY REEMBOLSOS** por el servicio profesional (exámenes de la vista, examen de lentes de contacto o visitas médicas) prestado a menos que un tercero (como una compañía de seguros) esté involucrado y lo soliciten en su nombre.

También nos gustaría aprovechar esta oportunidad para familiarizarlo con nuestras políticas con respecto a las citas y citas de seguimiento. Las citas tienen prioridad sobre los Walk-Ins. Los walk-ins están disponibles solo si el tiempo lo permite. Las citas tienen un período de gracia de 10 minutos; después se consideran un walk-in.

**Lea y comprenda lo siguiente sobre las revisiones/ seguimientos de prescripción de gafas:**

Si el seguimiento es dentro de los 60 días posteriores a la prescripción finalizada, no hay cargo

- 1) Después de 60 días de prescripción finalizada, hay una tarifa de \$50 (el paciente debe traer anteojos al examen)
- 2) Después de 4 meses, el paciente debe pagar por un nuevo examen completo.

Nuestras visitas de seguimiento de lentes de contacto están destinadas a evaluar la calidad de la visión de cada paciente con las nuevas lentes de contacto. También determinamos si el paciente está experimentando algún cambio fisiológico adverso secundario al uso de lentes de contacto nuevos. Estos exámenes de seguimiento generalmente se programan dentro de 1 a 2 semanas (dependiendo del tipo de lente de contacto) de dispensar los lentes de contacto. Se recomienda regresar con los lentes de contacto puestos a menos que estén causando un problema que haga que usarlos sea demasiado incómodo o no saludable para el ojo.

**Lea y comprenda lo siguiente sobre el seguimiento de lentes de contacto:**

- 1) Los seguimientos de lentes de contacto son **ABSOLUTAMENTE** necesarios a menos que se haya publicado una receta final.
- 2) El ajuste de lentes de contacto consta de 3 seguimientos dentro de un período de 60 días de la fecha original del examen completo sin cargo.
- 3) Los seguimientos después de 60 días del examen completo tendrán una tarifa de \$50 por visita, hasta 4 meses a partir de la fecha del examen completo.
- 4) Después de 4 meses de examen completo, el paciente debe pagar por un nuevo examen completo para finalizar su prescripción de lentes de contacto.

**5) Devoluciones de lentes de contacto:**

- a. Si desea cambiar o devolver lentes de contacto, devuélvalos dentro de los 30 días posteriores a la recepción del producto. **SOLO** los viales o cajas de lentes de contacto sin abrir y sin alterar pueden devolverse o cambiarse. Las casillas directamente escritas y / o marcadas por el cliente no serán reembolsadas ni cambiadas. (**VOLTEAR HACIA OTRO LADO**)

Reconozco que he leído y/o recibido una copia de las Políticas de Servicio Profesional de Duval Ojo Asociados anteriores y el Aviso de Prácticas de Privacidad publicado en nuestra oficina.

Imprimir nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

