



Medical Group, Inc.

INFORMACION DE NUEVOS PACIENTES
POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente Edad

Casado Soltero Viudo Divorciado Separado M F

Domicilio Ciudad

Estado Codigo Tel.

Num. de Seguro Social Num. De Licencia

Nombre del Empleador Tel.

Domicilio de Empleo Ocupacion

Nombre de Persona Responsable por los pagos

Nombre del Empleador Tel.

Domicilio de Empleo Ocupacion

Num. de Seguro Social Num. De Licencia

Contacto de Emergencia:

Recomendado Por

Tiene Seguro Medico o de Vision? No Si: Medico Vision

Nombre de Persona Asegurado (Si es diferente al paciente)

Num. De Seguro Social del Asegurado Fecha de Nacimiento

Nombre de Seguro

Fue su condicion causada por trabajo o accidente? Si No

Yo pido que el pago beneficios medicos autorizados sean hechos en mi nombre a cualquier de North Valley Eye Medical Group, Inc. por sevicios dados por ese medico o proveedor. Yo autorizo la cession de cualquier informacion medica necesaria para procesar estos reclamos al seguro mencionado arriba o sus agents.

Fecha Firma del Paciente o Persona Responsable

CUENTA DEL PACIENTE: Yo estoy de acuerdo de pagar mi cuenta por los servicios recibidos. Si por alguna razon tengo un balance pendiente en mi cuenta, yo acepto pagarlo inmediatamente. Entiendo y acepto hacer, cualquier arreglo para los pago sean hechos a su debido tiempo con el/la administador de la oficina. En caso de que fuera necesario litigar para los servicios rendidos, yo soy responsable de pagar los cobros de abogado, corte y cualquier otro costo incurrido para cobrar los pagos a dever.

Fecha Firma del Paciente o Persona Responsable

Historia Medica Questionario

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de ultimo examen de ojos _____

Liste todos los medicamentos qu esta tomando al momento _____

Esta alergico a algun medicamento Si _____ No _____

Escriba todas las enfermedades (Glaucoma, Diabetes, Alta presion) o trauma:

Liste todos las cirugias que a tenido:

En este momento tiene problemas en estas areas?

	Si	No	Explique el problema
Ojos (Glaucoma, Cataratas etc.)			
Perdida de vista			
Vista borrosa			
Cambio de vista frecuente			
Vista deformada			
Perdida de vista de los lados			
Doble vision			
Sequedad			
Mucosidad de ojos			
Ojos Rojos			
Ojos arenosos			
Comezon			
Ardor			
Sensacion de un objeto			
Ojos llorosos			
Sensibilidad a la luz			
Dolor			
Infeccion de ojo o parpado			
Ojos cansados			
Parpados caidos			
GENERAL/CONSTITUCIONAL			
Calentura			
Perdida de Peso			
Otro			
OIDOS, NARIZ, GARGANTA			
Sinusitis, Oido, Tos chronica, Boca seca			

En este momento tiene problemas en estas areas?

	Si	No	<u>Explique el problema</u>
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal (Ulcera estomacal,			
Genital, Rinon, Vejiga			
Musculous, Huesos, Articulaciones			
Piel (Acne, Verugas, Cancer)			
Neurologica (Multiple Sclerosis)			
Pschiatrica (Ansiedad, Deprecion,			
Sangre, Lymfatico(Cholesterol, Anemia)			
Alergias, Inmunologia(Fiebre del heno, L			
Endrocrino (Diabetes, Tiroides)			
Historia Familiar	M = Madre P = Padre H = Hermanos A = Abuelos		
Enfermedad	Si	No	Relacion al Paciente
Ceguera			
Glaucoma			
Artritis			
Cancer			
Diabetes			
Enfermedad de Corazon, Alta presion			
Lupus			
Embolio			
Tiroides			
Otro			

Historia Social

Ocupacion _____

Educacion _____

Estado matrimonial _____

Arreglo de Vivienda _____

Usted maneja? Si _____ No _____

Tiene dificultades para manejar? Si _____ No _____

Tiene dificultades para manejar en la noche? Si _____ No _____

A tratado de usar lentes de contactos? Si _____ No _____

Cuanto tiempo a usado contactos? _____

Usa lentes? Si _____ No _____

Cuanto tiempo tiene su receta de lentes? _____

Usted toma bebidas Alcoholicas? Si _____ No _____

Occasion ___ 1 vez por dia ___ 2-3 veces al dia ___

Usted fuma? Si _____ No _____ Occasion ___ 1 vez por dia ___ 2-3 veces al dia ___

Alguna vez a tenido un transfusion de sangre? Si _____ No _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" (Privacy Rule) para ayudar a asegurar que la información de salud sea protegida y privada. "La Regla de Privacidad" (Privacy Rule) fue creada en orden para proveer una norma para los proveedores de cuidado de salud médico y así poder obtener el consentimiento de sus pacientes para el uso y revelación de información de salud personal a otros lugares de servicio médico y así obtener tratamiento médico, pagos y otro tipo de operaciones referentes a su salud médica.

Como nuestro paciente, nosotros queremos que usted sepa, que nosotros respetamos la privacidad de su información médica personal y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nosotros nos esforzaremos en tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario nosotros proveeremos el mínimo de información solo a aquellos que nosotros creamos necesitan información personal referente a su salud, que incluye información de tratamiento médico, pagos y operaciones de referencia médica. De esta manera así nosotros podremos proveer el mayor cuidado de salud médica.

Queremos que sepa, que nosotros apoyamos la idea de que tenga un completo acceso a sus reportes médicos.

Nosotros podemos tener una relación indirecta con usted (así como el laboratorio que solo mantiene contacto con su doctor y no con usted, el paciente) y puede que se tenga que revelar información de salud personal con el propósito de tratamientos médicos, pagos o otro tipo de operaciones referentes a su salud. Estas entidades no son siempre requeridas para obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede rehusarse a dar su consentimiento para el uso o acceso a su información de salud personal este consentimiento deberá ser por escrito. Bajo esta ley nosotros tenemos el derecho de rehusarnos a darle tratamiento. Si usted desea dar consentimiento a este documento, en el futuro usted podrá rehusarse a dar consentimiento en parte o en su totalidad a divulgar su información médica privada. (PHI). No podrá revocar acciones que ya han sido tomadas en el consentimiento de esta forma o de cualquier otra forma que ha sido previamente firmada.

Si tiene alguna objeción referente a este consentimiento, favor de preguntar o hablar con nuestro HIPAA Gerente de Oficina. Usted tiene el derecho de revisar esta notificación de privacidad para pedir restricciones y revocar su consentimiento por escrito y después de haber revisado nuestra noticia de privacidad.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

COMPLEMENTOS DE NOTIFICACION PAR NUESTROS PACIENTES

Para Nuestros Valiosos Pacientes:

El mal uso de información personal de salud (PHI) ha sido identificado como un problema nacional. Causando al paciente muchos inconvenientes, tiempo y dinero. Queremos que sepa que todos los trabajadores, jefes y doctores son entrenados para que ellos puedan entender y cumplir con las reglas y regulaciones del gobierno concernientes a la seguridad de salud (Health Insurance Portability and Accountability) HIPAA. Con particular énfasis en la regla de privacidad. Nosotros luchamos para adquirir el nivel más alto de reglas de ética e integridad en servir a nuestros pacientes.

Es nuestra política el determinar apropiadamente el uso de información personal de salud en acuerdo con las reglas del gobierno, leyes y regulaciones de información personal de salud. Queremos asegurarnos de que nuestros servicios nunca contribuyan de ninguna manera a crear problemas al revelar información de salud privada de mal manejo, como parte de este plan, nosotros hemos implementado un programa de complementos, y creemos que nos ayudará a prevenir cualquier uso inapropiado acerca de su salud personal.

También sabemos que no somos perfectos! Por eso mismo, nuestra política es escuchar a nuestros pacientes sin ningún pensamiento de penalización, si ellos sienten que cualquier evento pueda comprometer nuestra política y nuestra integridad. Mas aun, nosotros queremos que se sienta con la confianza para hablar, si tiene algún tipo de problema, y así poder solucionar cualquier situación pronto.

Gracias por ser uno de nuestros más valiosos pacientes.