

## FORMULARIOS PARA PACIENTES NUEVOS

Completando sus formularios para pacientes nuevos antes de su cita garantiza una cita oportuna y un proceso sin problemas el día de su visita con nuestros especialistas. **Complete este paquete antes de su visita.**

### DOS FORMAS CONVENIENTES DE COMPLETAR



IMPRIMA y entregue a nuestro personal de recepción en la fecha de su cita



CORREO ELECTRÓNICO después de la finalización a [info@yeseyespecialists.com](mailto:info@yeseyespecialists.com)

Si tiene alguna pregunta antes de su visita, no dude en llamarnos al 954-452-9922

#### AVENTURA

2801 NE 213 St, Suite 1006

#### PEMBROKE PINES

601 N Flamingo Rd, Suite 315

#### WESTON

2200 N. Commerce Pkwy, Suite 110

#### PLANTATION

1776 N. Pine Island Rd, Suite 214

#### JUPITER

550 Heritage Drive, Suite 105

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL MEDIO	APELLIDO
SOCIAL SECURITY #		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		<input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)	
SEXO		ESTADO CIVIL	
DIRECCION			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
DIRECCIÓN FUERA DEL ESTADO (SI ALGUNA)			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL		
EMPLEADOR	OCUPACION		
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA	

## FARMACIA Y REFERENCIAS

NOMBRE, UBICACIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA FARMACIA			
NOMBRE, UBICACIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA			
NOMBRE, UBICACIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO QUE LE REFIRIÓ A NUESTRA OFICINA			
SI NO FUE REFERIDO POR UN MÉDICO, POR FAVOR CUÉNTENOS CÓMO ENCUENTRO NUESTRA OFICINA			
SEGURO PRIMARIO			
TITULAR DE LA PÓLIZA / SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY #	PÓLIZA/ GRUPO #
SEGURO SECUNDARIO			
TITULAR DE LA PÓLIZA / SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY #	PÓLIZA/ GRUPO #

**Soy el paciente mencionado anteriormente y atestigo que esta información es correcta a mi leal saber y entender.**

FIRMA	FECHA
-------	-------

RAZÓN DE LA VISITA

**HISTORIAL MÉDICO PASADO (SELECCIONE TODOS LOS QUE APLIQUEN)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                           | <input type="checkbox"/> Hepatitis                |
| <input type="checkbox"/> Artritis                           | <input type="checkbox"/> Hipertensión             |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales        | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                 |
| <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia      |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular              | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo          |
| <input type="checkbox"/> HPB                                | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo           |
| <input type="checkbox"/> Trasplante De Médula Ósea          | <input type="checkbox"/> Leucemia                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer De Mama                     | <input type="checkbox"/> Cáncer De Pulmón         |
| <input type="checkbox"/> Cáncer De Colon                    | <input type="checkbox"/> Linfoma                  |
| <input type="checkbox"/> EPOC                               | <input type="checkbox"/> Marcapasos               |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía Coronaria             | <input type="checkbox"/> Cancer De Prostata       |
| <input type="checkbox"/> Depresión                          | <input type="checkbox"/> Tratamiento De Radiación |
| <input type="checkbox"/> Diabetes HgA1c _____               | <input type="checkbox"/> Convulsiones             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal En Etapa Terminal | <input type="checkbox"/> Carrera                  |
| <input type="checkbox"/> ERGE                               | <input type="checkbox"/> Reemplazo De Válvula     |
| <input type="checkbox"/> Pérdida De La Audición             | <input type="checkbox"/> Ninguno                  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                         |   |

**HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO (SELECCIONE TODOS LOS QUE APLIQUEN)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apéndice eliminado  | <input type="checkbox"/> Reemplazo Articular De Riñón En Los Últimos 2 Años  |
| <input type="checkbox"/> Vejiga extraída   | <input type="checkbox"/> Biopsia De Riñón  |
| <input type="checkbox"/> Masectomía <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Bilateral                         | <input type="checkbox"/> Riñón Extraído <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo  |
| <input type="checkbox"/> Lumpectomía <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Bilateral                        | <input type="checkbox"/> Eliminación De Cálculos Renales   |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de mama <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Bilateral                    | <input type="checkbox"/> Transplante De Riñón  |
| <input type="checkbox"/> Reducción de senos  | <input type="checkbox"/> Extirpación De Ovarios: Endometriosis   |
| <input type="checkbox"/> Implantes de pecho  | <input type="checkbox"/> Ovarios Extirpados: Quiste  |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: resección de cáncer de colon  | <input type="checkbox"/> Ovarios Extirpados: Cáncer De Ovario  |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: diverticulitis  | <input type="checkbox"/> Próstata Extirpada: Cáncer De Próstata  |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: eii   | <input type="checkbox"/> Biopsia De Próstata   |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar eliminada   | <input type="checkbox"/> RTUP  |
| <input type="checkbox"/> Bypass de arteria coronaria   | <input type="checkbox"/> Biopsia De Piel   |
| <input type="checkbox"/> PTCA  | <input type="checkbox"/> Cirugía De Cáncer De Células Basales  |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula mecánica   | <input type="checkbox"/> Cirugía De Carcinoma De Células Escamosas   |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula biológica  | <input type="checkbox"/> Cirugía De Melanoma   |
| <input type="checkbox"/> Transplante de corazón  | <input type="checkbox"/> Bazo Eliminado  |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación: Rodilla <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Testículos Extraídos <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Bilateral |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación: Cadera <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Bilateral  | <input type="checkbox"/> Histerectomía: Fibromas   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  | <input type="checkbox"/> Histerectomía: Cáncer De Útero  |
|  | <input type="checkbox"/> Ninguno   |

## HISTORIA OCULAR

(SELECCIONE TODOS LOS QUE APLIQUEN)

- Conjuntivitis Alérgica
- Blefaritis
- Catarata
- Lentes De Contacto
- Distrofia Corneal
- Retinopatía Diabética, Antecedentes
- Retinopatía Diabética, Proliferativa
- Ojos Secos
- Gafas
- Glaucoma
- Degeneración Macular
- Erm Macular
- Ángulos Estrechos
- Hipertensión Ocular
- Migraña Oftálmica
- Pseudoexfoliación
- Desgarro De Retina
- Estrabismo
- PVD OD
- Sistema Operativo PVD
- Flotadores Vítreos
- Ninguno
- Otro \_\_\_\_\_

## CIRUGÍA OCULAR

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- Blefaroplastia
- Cirugía de cataratas
- Trasplante de córnea
- DSAEK
- Cirugía del músculo ocular
- Inyecciones intravítreas
- LASIK
- LPI
- LTP
- PRK
- Reparación de ptosis
- Tapones punctales
- Cirugía de estrabismo
- Láser de retina
- Trabeculectomía
- Derivación del tubo
- Capsulotomía Yag
- Otro \_\_\_\_\_
- Ninguno

## MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los suplementos:

DROGA	DOSIS	FRECUENCIA	DROGA	DOSIS	FRECUENCIA
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## ALERGIAS

Enumere todas las alergias conocidas (medioambientales, medicamentos, alimentos), así como el tipo de reacción y el nivel de gravedad:

ALERGIA	REACCIÓN	GRAVEDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## HISTORIA SOCIAL

### ESTADO FUMADOR

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca                           | <input type="checkbox"/> Fumador De Tabaco A Menudo | <input type="checkbox"/> Fumador De Puros            |
| <input type="checkbox"/> Ex Fumador                      | <input type="checkbox"/> Fumador Algunos Días       | <input type="checkbox"/> Usuario De Tabaco De Mascar |
| <input type="checkbox"/> Fumador De Tabaco Algunas Veces | <input type="checkbox"/> Fumador Diario Actual      |  |

### CONSUMO DE ALCOHOL

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                  | <input type="checkbox"/> 1-2 Bebidas Al Día | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Menos De 1 Bebida Al Día | <input type="checkbox"/> 3+ Bebidas Por Día |                                     |

### OTROS DETALLES

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No Sexualmente Activo                    | <input type="checkbox"/> El Consumo De Drogas                 |
| <input type="checkbox"/> Sexualmente Activo Con Una Pareja        | <input type="checkbox"/> Uso De Drogas Intravenosas           |
| <input type="checkbox"/> Sexualmente Activo Con Múltiples Parejas | <input type="checkbox"/> El Paciente Se Siente Seguro En Casa |

### ESTADO DE CONDUCCIÓN

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conduce Durante El Día | <input type="checkbox"/> Conduce De Noche |
|---|---|

### HISTORIA FAMILIAR (SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ceguera    | <input type="checkbox"/> Cardiopatía               |
| <input type="checkbox"/> Cáncer     | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular      |
| <input type="checkbox"/> Cataratas  | <input type="checkbox"/> Migraña                   |
| <input type="checkbox"/> CVA        | <input type="checkbox"/> Desprendimiento De Retina |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Estrabismo                |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma   | <input type="checkbox"/> Ninguno                   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ |  |

## PÓLIZA FINANCIERA

Your Eye Specialists se dedica a brindar a los pacientes atención de la salud ocular de alta calidad. Nuestra poliza financiera describe procedimientos obligatorios con respecto al pago de nuestros servicios. Lea y acepte esta poliza financiera firmando a continuación antes de cualquier tratamiento. Si no puede cumplir con esta política, su cita puede ser reprogramada o cancelada.

**Usted, el paciente, es responsable de asegurarse de que tengamos la información de su seguro más actualizada. Si no nos notifica un cambio de seguro, usted es totalmente responsable de cualquier monto que no pague su compañía de seguros.**

### **PACIENTES CON PLANES DE SEGURO MÉDICO PARTICIPANTES:**

- Si nos proporciona su información de seguro de salud completa y precisa, presentaremos su reclamo de seguro como cortesía para con usted.
- Los copagos, los costos compartidos, los deducibles y los saldos de los pacientes son debidos al momento de registrarse en la cita. Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito.
- Se cobrará una tarifa de \$35 por los cheques devueltos por el banco por falta de fondos.
- Es posible que le solicitemos que se comunique con su compañía de seguros cuando el pago no se realice dentro de un período razonable; tu eres finalmente responsable de cumplir con el pago de la atención.
- Si no se recibe el pago completo de su compañía de seguros dentro de los 45 días, lo haremos responsable del saldo restante.
- Usted será totalmente responsable del pago de cualquier servicio que no cubra su seguro.
- Le reembolsaremos por completo cualquier pago en exceso.
- Si su seguro requiere una autorización / remisión en el momento del servicio, envíenosla al momento del check-in. Si usted no va poder proporcionar esto, le pediremos que re programe su cita o que pague la totalidad de su visita en el momento del servicio.

### **PACIENTES QUE NO PARTICIPAN EN PLANES DE SEGURO MÉDICO (O PACIENTES SIN SEGURO MÉDICO):**

- El pago total vence el día del servicio para las visitas al consultorio y los procedimientos en el consultorio.
- El pago total es debido el día antes de la cirugía para los casos que no son de emergencia.

### **CITAS PERDIDAS:**

- Notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación si necesita faltar a su cita.

**Si tiene alguna pregunta sobre nuestra poliza financiera, comuníquese con nosotros al (954) 452-9922.**

**He leído y entendido la poliza financiera anterior de Your Eye Specialists y acepto cumplir con todos los aspectos de esta poliza.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo con atención. Tienes derecho a obtener una copia impresa de este aviso a pedido.

### Información de salud del paciente

Según la ley federal, la información médica de su paciente está protegida y es confidencial. La información de salud del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento, e información médica relacionada. Su información médica también incluye información sobre pagos, facturación y seguro.

### Cómo usamos su información de salud del paciente

Usamos su información médica para tratamiento, para obtener pagos y para operaciones de atención médica, incluidos fines administrativos y evaluación de la calidad de la atención que usted reciba. En algunas circunstancias, se nos puede solicitar que usemos o divulguemos la información incluso sin su permiso.

### Ejemplos de operaciones de tratamiento, pago y atención médica

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeras, médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento. Registrará información en su expediente y la utilizará para determinar el curso de atención más apropiado. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a los farmacéuticos que están surtiendo sus recetas y a los miembros de su familia que lo están ayudando con su atención.

**Pago:** Usaremos y divulgaremos su información médica para fines de pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos obtener la autorización de su compañía de seguros antes de proporcionar ciertos tipos de tratamiento. Enviaremos facturas y mantendremos registros de los pagos de su plan de salud.

**Operaciones de atención médica:** utilizaremos y divulgaremos su información médica para realizar nuestras operaciones internas estándar, incluida la administración adecuada de registros, la evaluación de la calidad de tratamiento, y para acceder a la atención y los resultados de su caso y otros similares.

### Usos especiales

Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted con recordatorios de citas. También podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que pueden ser de su interés.

### Otros usos y divulgaciones

Podemos usar o divulgar su información médica identificable por otras razones, incluso sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, se nos permite brindar servicios de salud información sin su permiso para los siguientes propósitos:

**Requerido por ley:** Es posible que la ley nos exija reportar heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia, o lesiones o eventos similares.

**Investigación:** podemos usar o divulgar información para investigaciones médicas aprobadas.

**Actividades de salud pública:** según lo requiera la ley, podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con retiradas de productos peligrosos e información similar a las autoridades de salud pública.

**Supervisión de la salud:** es posible que se nos solicite divulgar información para ayudar en las investigaciones y auditorías, la elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos divulgar información en respuesta a una citación u orden judicial correspondiente.

**Fines de aplicación de la ley:** sujeto a ciertas restricciones, podemos divulgar la información requerida por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

**Muertes:** podemos reportar información sobre muertes a médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y agencias de donación de órganos. **Amenaza grave para la salud o la seguridad:** podemos usar y divulgar información si es necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona.

**Funciones militares y gubernamentales especiales:** si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información según lo requieran las autoridades de comando militar.

También podemos divulgar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.

**Compensación para trabajadores:** Podemos divulgar información sobre usted para compensación para trabajadores o programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En cualquier otra situación, le pediremos su autorización por escrito antes de divulgar cualquier información médica identificable sobre usted. Si elige firmar y autorización para divulgar información, más tarde puede revocar esa autorización para detener cualquier uso y divulgación futuros.

### Derechos individuales

Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener el formulario correspondiente para ejercer estos derechos.

**Solicitud de restricciones:** puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a estar de acuerdo, debemos cumplir con esas restricciones.

**Comunicaciones confidenciales:** puede solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, enviando avisos a una dirección especial o no usando postales para recordarle equipo.

**Inspeccionar y obtener copias:** En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Puede haber un pequeño cargo.

**Modificar la información:** si cree que la información de su registro es incorrecta, o si falta información importante, tiene derecho a solicitar que corriamos la información existente o agregue la información que falta.

**Relación de divulgaciones:** puede solicitar una lista de casos en los que hemos divulgado información médica sobre usted por motivos distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

### Nuestro deber legal

La ley nos exige proteger y mantener la privacidad de su información médica, proporcionar este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la salud protegida. Información y cumplir con los términos del Aviso actualmente en vigor.

### Cambios en las prácticas de privacidad

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro Aviso y publicaremos el nuevo Aviso en el área de espera y en cada habitación de examen. También puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica a continuación.

### Quejas

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros, puede comunicarse con la persona que se indica a continuación. También puede enviar queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La persona que se indica a continuación le proporcionará la dirección adecuada si la solicita. No será penalizado en ningún forma de presentar una denuncia.

Persona de contacto  
Privacy Officer  
1776 N Pine Island Road Suite 214  
Plantation, FL 33322  
954-452-9922

**Fecha efectiva:** July 1, 2012

Yo \_\_\_\_\_ por la presente reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad que se me ha proporcionado.

FIRMA

FECHA

## ACUERDO PACIENTE / MÉDICO

Your Eye Specialists se dedica a brindar a los pacientes atención de la salud ocular de alta calidad. Por favor lea los siguientes párrafos, y confirme que ha leído, entendido y está de acuerdo con nuestras políticas de práctica establecidas a continuación colocando sus iniciales junto a ellas.

### **PRIVACIDAD DEL PACIENTE:**

He leído el Aviso de prácticas de privacidad establecido por sus especialistas en ojos y comprendo y acepto las políticas descritas en ese documento.

\_\_\_\_\_  
INICIALES DEL PACIENTE

### **POLIZA FINANCIERA:**

He leído la Política financiera establecida por Your Eye Specialists y comprendo y acepto las políticas descritas en ese documento.

\_\_\_\_\_  
INICIALES DEL PACIENTE

### **POLIZA DE LLENADO DEL FORMULARIO Y CARGOS:**

Habrà una tarifa por completar los formularios a raz3n de \$25 por pàgina completa (hasta un màximo de \$50). Formularios que incurren en esta tarifa incluyen: FMLA (Ley de Ausencia Familiar y Mèdica), formularios de discapacidad, formularios de regreso al trabajo y formularios varios. Los formularios completados se devolveràn al paciente una vez recibido el pago correspondiente.

\_\_\_\_\_  
INICIALES DEL PACIENTE

### **INCUMPLIMIENTO DE LAS 3RDENES DEL MÈDICO:**

Se espera que usted, el paciente, cumpla con las 3rdenes de un mèdico para controlar la enfermedad mèdica y / o los sntomas. En el caso que el paciente no sigue las 3rdenes del mèdico, el mèdico serà liberado de cualquier reclamo por lesi3n o enfermedad que resulte de si el paciente no sigue las 3rdenes, y el paciente puede ser dado de alta de la clnica. No seguir las 3rdenes del mèdico incluye, pero no se limita a faltar a las citas de seguimiento, as3 como a faltar, posponer o rechazar exàmenes adicionales que puedendescartar / confirmar / descubrir enfermedad. He leído esta política de Your Eye Specialists con respecto a seguir las 3rdenes del mèdico, y comprender y aceptar cumplir con estas polizas.

\_\_\_\_\_  
INICIALES DEL PACIENTE

**Si tiene alguna pregunta sobre este acuerdo, comuníquese con nosotros al (954) 452-9922.**

**He leído y entendido el acuerdo médico / paciente anterior de sus especialistas en ojos y acepto cumplir con todos los aspectos de este acuerdo.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO



## FORMULARIO DE DERECHO DE ACCESO HIPAA PARA FAMILIARES / AMIGOS

Yo, \_\_\_\_\_ ordeno a mis proveedores y pagadores de servicios médicos y de atención médica que divulguen mi información médica protegida que se describe a continuación a:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
RELACION

\_\_\_\_\_  
INFORMACION DE CONTACTO

### Información médica que se divulgará a solicitud de la persona mencionada anteriormente (marque A o B)

- A. Divulgar mi historial médico completo (incluidos, entre otros, diagnósticos, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación, para todas las afecciones)
- B. Divulgar mi expediente médico, como se indicó anteriormente, PERO no divulgue lo siguiente (marque lo que corresponda):
- Registros de salud mental
  - Enfermedades transmisibles (incluidos el VIH y el SIDA)
  - Tratamiento por abuso de alcohol / drogas
  - Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Forma de divulgación (a menos que mi proveedor y la persona designada acuerden otro formato):

- Un registro electrónico o acceso a través de un portal en línea.
- Copia impresa

Esta autorización será efectiva hasta (Marque uno):

- Todos los períodos pasados, presentes y futuros
- O Fecha o Evento: \_\_\_\_\_ a menos que lo revoque. (NOTA: Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando a su proveedores de atención médica, preferiblemente por escrito).

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE OTORGA ESTA AUTORIZACIÓN

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE OTORGA ESTA AUTORIZACIÓN

\_\_\_\_\_  
FECHA

## POLIZA DE PACIENTE AUSENTE

A partir del 1 de Enero de 2016, implementaremos una tarifa de servicio de política de no presentación de \$ 25.00. Si debe cancelar su cita previa, le solicitamos que nos avise al menos 24 horas de anticipación. Esto nos permitirá brindar servicios a otros pacientes con necesidades de cuidado de la vista.

Los pacientes que no se presenten a su cita serán considerados como ausente or "no show." Las tarifas de paciente ausente son responsabilidad exclusiva de los pacientes y debe pagarse en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.

Entendemos que circunstancias especiales inevitables pueden hacer que cancele dentro de las 24 horas. Las tarifas en este caso pueden no se aplicará, pero solo con la aprobación de la gerencia. Nuestra práctica cree que la buena relación médico / paciente se basa en comprensión y buena comunicación. Las preguntas sobre nuestra poliza y tarifas deben dirigirse al departamento de facturación al 954-452-9922.

Gracias por su cooperación y comprensión.

**Firme que ha leído, comprendido y aceptado esta poliza de paciente ausente.**

---

FIRMA

---

FECHA

## POLIZA DE REFRACCIÓN

La refracción es una parte muy importante de su examen de la vista. Si tiene visión borrosa o una disminución de la agudeza visual en el tabla optométrica, las refracciones se realizan por las siguientes razones:

- **Prueba de diagnóstico:** para determinar la mejor agudeza visual posible y la función de sus ojos y diagnosticar si hay algún problema medico con los ojos.
- **Receta para anteojos:** para determinar si una nueva prescripción de anteojos puede ayudarlo de alguna manera, ya sea antes o después de cualquier cirugía ocular.

**Nota:** Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico NO lo cubren. Si tiene un plan de la vista separado que cubre la refracción, por favor déjanos saber.

Yo, \_\_\_\_\_, reconozca que hay una tarifa de \$ 50 por la prueba de refracción.

---

FIRMA

---

FECHA