

Formulario De Registro Del Paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer Nombre Inicial Apellido

dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_Fecha De Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **** M  F

teléfono De Casa #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero Preferido: ** Casa  Trabajo Celular**

**Contacto De Emergencia**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Apellido

Casa #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Raza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Origen Ético: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor Particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Designado HIPAA Liberar & Comunicación**

Yo Solicito, Y Autorizo Cobb Eye Center revelar mi información médica:

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

**Aviso De Practicas De Privacidad**

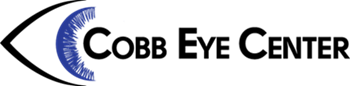
Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presente afirmo una copia de la privacidad de practica de

**Cobb Eye Center**. Ley Federal 104-191, Conocida como HIPAA, Yo autorizo una copia a mi doctor particular.

Mi firma confirma que me ensenaron una copia de aviso de prácticas de privacidad. Yo voluntariamente autorizo evaluación y tratamiento por los técnicos y doctores. Yo estoy consiente en la práctica médica y estoy informada sobre el tratamiento, pago, y operaciones.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente Fecha Firma Del Paciente

 **Paciente Responsabilidad Financia**

En orden en proveer servicios médicos con igualdad, Nosotros debemos recibir pago por nuestros servicios.

Este documento explica las obligaciones de los pacientes sobre la responsabilidad financia.

A cambio de los servicios cada paciente se compromete con lo siguiente:

* Autorización de pago para quirúrgico y medical beneficios para Cobb Eye Center (CEC). Si está cubierto por Medicare o Medicaid, yo certifico la información prevista por mí y títulos XVII, and/o XIX de Seguro Social Acto es correcto.
* Pagar todos los cargos no cubiertos (refracción), copago, coaseguro, deducible, y cargos fuera de la red.
* Refraccion Cargo: $40.00.
* Cancelación Cargo: $40.00 En caso de que no cancelen su cita en 24 horas.
* Proveer una copia de su aseguranza, o prueba de aseguranza. Exigir que presente su tarjeta de aseguranza cada visita. En caso de que no la presente pueda que su aseguranza no le cobre la vista. Usted es responsable por los cargos.
* Necesario tener una autorización de su aseguranza para la visita o de su doctor particular. Si no obtenemos su autorización su cita pueda ser cancelada.

En caso de que el paciente falle en pagar por los servicios, el paciente será mandado a colecciones y es responsable por cargos. Después de 90 días el paciente es responsable por intereses.

Como cortesía ofrecemos auto pago y el paciente es obligado de pagar el precio completo.

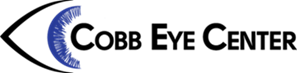
Si el paciente obtiene aseguranza, nosotros le reforzar su pago a la aseguranza.

Yo he leído y entiendo mis responsabilidades, y he tenido la oportunidad de preguntar preguntas si no entiendo que es lo que es mi responsabilidad.

Con mi firma represento que ha leído y entiendo las regala de la oficina.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Del Paciente Fecha

 **Historia Medica**

Usted ha Tenido o parece:

S/N Cataract\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Glaucoma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N degeneración Macular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Herida de ojo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Ojo Seco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Diabetes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ anos

Controlada por Dieta/Pastillas/Insulina

S/N presión Alta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Infarto/Enfermedad Del corazón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Rinones/Dialysis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Tiroides: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Cerebrovascular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Cancer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

S/N Cornea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Desgarro De Retina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Enfermedad diabética del ojo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Ojos cruzados/ Ojo vago \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N HIV/AIDS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Sangrado anormal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Arthritis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Colesterol Alto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Enfermedad pulmonar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Embarazada/? Amamantando Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N cirugía de Ojos (Fecha, doctor)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Otras Cirugías (Fecha, doctor)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N medicación para los ojos (prescripción, Dosis, y cada cuando)

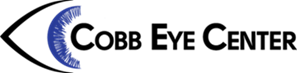
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Otros medicamentos (prescripción, Dosis y cada cuando)

(Si tiene una lista de su medicamento por favor mostrarla)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Usted es alérgico a un medicamento?, Nombre por favor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



¿Alguien en su familia tiene alguno de estos?, Cual es la relación?

S/N Catarata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Glaucoma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Degeneracion Macular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Cornea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Desgarro de Retina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Ojo cruzado/Ojo Vago \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S/N Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial De Salud**

**Historia Social**

S/N Fumador S/N Maneja S/N Licencia de camines?

Actual, Ocasional, Nunca (Circule) Y/N Riesgo De caída

S/N Alcohol En Caso, Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actual, Ocasional, Nunca (Circule)

**síntomas Actuales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Actualmente Esta Esperimentado sintomas: | SI | NO | Detalles |
| Alergia/Inmunología  *Autoinmune, picazón, erupción, enrojecimiento, Otro* |  |  |  |
| Cardiovascular  *Dolor de pecho, Dificultad para respirar, Palpitaciones, Otro* |  |  |  |
| Constitucional  *Fiebre, Fatiga, escalofríos, pérdida de apetito, sudores nocturnos, Otro* |  |  |  |
| Endocrino  *Micción excesiva, piel reseca, Insomnio, Otro* |  |  |  |
| Gastrointestinal  *Nausea, Diarrea, dificultad para masticar, GERD, Otro* |  |  |  |
| Genitourinaria  *Diálisis, llagas o ulceras, Insuficiencia renal, Otro* |  |  |  |
| Hematología/Oncología  *Moretones, Hepatitis, HIV, Anemia, Anticoagulantes, Frequente, Otro* |  |  |  |
| (oído, Nariz, Garganta)  *Perdida de oído, Resfriado, audífonos, Otro* |  |  |  |
| Integumentaria (Piel)  *moretones, soriasis, rosacea,erupcion, Otro* |  |  |  |
| Musculoesquelética  *Dolor en las articulaciones, Dificultad para acostarce, infamacion, fractura de huesos, Otra* |  |  |  |
| Neurológico  *Sensibilidad del cuero cabelludo, mareo, Temblor, convulsiones/desmayo, Parkinson’s, dificultad para hablar, Alzheimer’s, Dementia, migraña, MS, Otro* |  |  |  |
| Psiquiátrico  *ADHD, Bipolar, pérdida de memoria, Ansiedad, Confusión, Otro* |  |  |  |
| Respiratorio  *tos, Bronquitis, apnea del sueno, Otro* |  |  |  |