

# Informacion Del Paciente

Por favor complete el siguiente.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Hombre o Mujer \_\_\_\_\_ Tel. Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

¿Cuál es el propósito de su examen hoy? Por favor, explique

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAR Y MANDAR EL BILL AL SEGURO

Por lo presente solicito el examen y tratamiento por VISION & EYE CARE, P.A. y/o PAUL A. MENDOZA, OD. Estoy de acuerdo en que se le facture por servicios no cubiertos y/o copagos/deducibles. Acepto recibir una factura por todas las cuotas si no hay beneficios disponibles a través de mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en que no es responsabilidad de Vision & Eye Care verificar mis beneficios. La verificación de las prestaciones realizadas por VECPA como cortesía no son vinculantes. Entiendo que mi compañía de seguros determina copagos, deducibles y montos por VECPA. Entiendo que últimamente es mi responsabilidad para verificar mis beneficios médicos/de visión.

He sido informado de que el Seguro de VISTA/EXÁMENES SÓLO CUBRE ATENCIÓN VISUAL RUTINARIA con el propósito de gafas o lentillas de prescripción y no cubre el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de las enfermedades oculares, lesiones, complicaciones de lentes de contacto, etc. El SEGURO MÉDICO cubre el tratamiento y gestión de la enfermedad de los ojos, las complicaciones de lesiones de lentes de contacto, etc.

He sido informado que los cargos de atención VISUAL RUTINARIA es independiente de los honorarios médicos. ACEPTO SER RESPONSABLE DE TODOS LOS GASTOS INCURIDOS. El pago de los servicios se debe a la prestación de la atención. Programas de pago están disponibles a través de "CareCredit". VECPA reserva el derecho de enviar a los saldos pendientes de pago por los servicios prestados a las agencias de cobro. Todas mis preguntas con respecto a la visión/cobertura médica han sido contestadas a mi satisfacción y comprensión.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

La ley requiere que Vision & Eye Care, P.A. (VECPA) haga todo esfuerzo a informarle a Ud. de sus derechos en cuanto a su información médica personal. Al firmar abajo, yo reconozco que:

\_\_\_\_ Yo leí o se me explicó el Aviso de Prácticas de Privacidad de VECPA y consiento a continuar mi tratamiento por VECPA bajos los términos mencionados

\_\_\_\_ Yo tenía la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de VECPA y la rehusé pero quiero continuar mi tratamiento con VECPA bajo los términos de las prácticas de privacidad de VECPA.

\_\_\_\_ Yo leí o se me explicó el Aviso de Prácticas de Privacidad de VECPA y no quiero continuar tratamiento con VECPA bajos los términos mencionados.

\_\_\_\_ El Aviso de Prácticas de Privacidad no podía leerse por la naturaleza de mi tratamiento o por las razones siguientes:

LEÍ Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO. LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si Usted., está firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relación

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Doctor Refiriendo \_\_\_\_\_

Alergias a medicinas Ninguna

Medicamentos que esta tomando Ninguno

Medicamentos para los ojos (gotas) Ninguno

Condiciones Médicas/Hospitalizaciones Ninguna

Historia Ocular  
Ultimo Examen Nombre de Doctor

Historial Ocular de la Familia Ninguno

Historia Social Soltero Casado Viudo Divorciado Otro

**Fuma?** Sí o No Cuanto al día? **Toma?** Sí o No Cuanto al día? **Usa drogas?** Sí o No Cuanto al día?

**Revisión de los Sistemas:** Si usted está esta sintiendo cualquiera de los siguientes problemas, por favor marque y explique:

**CONSTITUCIONAL:** fatiga, fiebre, sudores nocturnos, debilidad, aumento de peso, pérdida de peso, otros: Ninguno

**CARDIOVASCULAR:** arritmia, dolor en la pantorrilla, presión en el pecho/malestar, latido irregular del corazón, hinchazón Ninguno

**RESPIRATORIO:** asma, tos, falta de aliento, tos con sangre, dificultad para respirar, otros: Ninguno

**GASTROINTESTINAL:** dolor, estreñimiento, pérdida de apetito, diarrea, disfagia, ardor de estómago, aumento de apetito, náuseas, vómitos, otros: Ninguno

**GENITOURINARIO:** Dolor al orinar, menstruación irregular, secreción uretral, urgencia para orinar, otros: Ninguno

**MUSCULOESQUELÉTICO:** artralgias, dolor de espalda, rigidez, calambres musculares, debilidad muscular, otro: Ninguno

**TEGUMENTARIO:** urticaria, picazón en la piel, cambios en las uñas, erupción, cambios en la piel, nódulos en la piel, llagas en la piel, úlceras, otros: Ninguno

**NEUROLÓGICO:** alteraciones de equilibrio, mareos, debilidad, dolor de cabeza, dificultad de memoria, entumecimiento Ninguno

**PSIQUIÁTRICO:** deprimido, cambios emocionales, pesadillas frecuentes, alucinaciones, insomnio, irritabilidad, Nerviosismo, estrés, otros: Ninguno

**METABÓLICO / ENDOCRINO:** intolerancia al frío/calor, sed excesiva, hambre excesiva, ganas frecuentes de orinar, otros: Ninguno

**HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO:** sangrado, moretones, linfadenopatía, sensibilidad de los ganglios linfáticos, otros: Ninguno

**INMUNOLÓGICO:** alergias ambientales, alergias a los alimentos, alergias de temporada, otros: Ninguno

**HEENT:** ojos saltones, pérdida auditiva, ronquera, bulto en el cuello, congestión nasal, sinusitis, dolor de garganta, zumbido en los oídos, mareos, otros: Ninguno

Este formulario completo por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre Firma

Reviewed all elements of case history as recorded on \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, no changes except as noted. \_\_\_\_\_  
Paul A. Mendoza, O.D. Date