

Información del paciente

Apellido del paciente	Nombre		Segundo nombre	Nombre de soltera	
Domicilio (calle o casilla)			Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular		Número de teléfono del trabajo	Correo electrónico	
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Pronombres <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: Especifique: _____		
Identidad de género (seleccionar una opción) <input type="checkbox"/> Se identifica como masculino. <input type="checkbox"/> Se identifica como femenino. <input type="checkbox"/> Género no conforme/no binario. <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar.			Orientación sexual (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especificar _____ <input type="checkbox"/> No lo sé. <input type="checkbox"/> Elige no divulgar.		
Estado civil (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Desconocido			Raza (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u originario de una isla del Pacífico <input type="checkbox"/> De color o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		
Origen étnico (Marque una opción) <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino			Nombre del empleador	Domicilio del empleador	
¿El paciente reside en un centro de enfermería especializada/centro de rehabilitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es afirmativa, nombre del centro	Ciudad:	Número de teléfono:
Nombre del médico de atención primaria			Número de teléfono		
Contacto de emergencia y parentesco	Número de teléfono		Nombre del médico de la remisión	Número de teléfono	

Parte responsable

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o tiene un tutor legal.					
Apellido de la parte responsable	Nombre		Segundo nombre	Correo electrónico:	
Domicilio (calle o apartado postal)			Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono particular			Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo	
Parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Otro (especificar)			Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	

Información del seguro y del suscriptor

Compañía de seguros PRIMARIA			Fecha de entrada en vigencia	Compañía de seguros SECUNDARIA			Fecha de entrada en vigencia
Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)				Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)			
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Código postal
Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo		Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo		Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento		Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento		Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento
Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente		Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente		Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente
Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo		Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo		Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo
Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)				Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)			
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Código postal

Farmacia

Nombre de la farmacia preferida	Domicilio de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia
Nombre de la farmacia de envío por correo	Domicilio de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia

Seguro Oftalmológico (si corresponde)

Plan oftalmológico Información del seguro y del suscriptor

Compañía de seguros del PLAN OFTALMOLÓGICO		Fecha de entrada en vigencia
Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo	
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	
Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente	
Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo	
Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

**Consentimiento para el Tratamiento y la
Responsabilidad Financiera**

Consentimiento para tratar HECC_NP_F101

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Hackensack Eye Care Center, un afiliado de PRISM Vision Group, incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeros profesionales y otros empleados y miembros de personal a prestar evaluaciones médicas y atención al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en el caso de una emergencia.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal.

Doy mi consentimiento para que _____ autorice la evaluación y el tratamiento del paciente identificado anteriormente cuando no estoy disponible. Comprendo que esto autoriza a las personas anteriores a consentir los procedimientos médicos y quirúrgicos, y las vacunas para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Responsabilidad financiera HECC_NP_F102

Por la presente autorizo a Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Hackensack Eye Care Center, un afiliado de PRISM Vision Group a solicitar beneficios en mi nombre y el pago de los beneficios médicos directamente a ARC por los servicios prestados. Solicito que los pagos de Medicare, Medigap o cualquier otra compañía de seguros se realicen directamente a ARC. Se otorga la autorización para divulgar la información contenida en el registro médico del paciente o en la compañía de seguros médicos del paciente (o sus empleados o agentes) según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Acepto que todos los montos se deben pagar si se solicitan y son pagaderos a ARC.

La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios antes de que se presten los servicios.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Método de comunicación preferido HECC_NP_F104

Sí, deseo que Associated Retinal Consultants, LLC (“ARC”) dba Hackensack Eye Care Center, un afiliado de PRISM Vision Group, me comunique mi información a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información a salvo.

Mi método de comunicación preferido con respecto a mis **afecciones médicas o información sobre citas** se indica a continuación:

Teléfono particular Teléfono celular Correo electrónico Carta por correo Guardian

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, haga uno de los siguientes (**marque UNO**):

- Deje un mensaje con información detallada.
- Deje un mensaje con un número de devolución de llamada solamente.

Si el método de comunicación mencionado anteriormente es por **correo electrónico**, considere las implicaciones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su dirección de correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener el derecho o la capacidad de revisar todo el correo electrónico recibido en su dirección laboral.

Informe a nuestra oficina si tiene instrucciones o solicitudes especiales con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, avísenos si desea que le llamemos a un número de teléfono diferente para obtener un resultado específico de la prueba o si no desea que nos comuniquemos con usted en absoluto.

Contactos aprobados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) HECC_NP_F105

Mantener la información de nuestro paciente en privado es importante para nosotros, y por defecto divulgaremos información relacionada con la cuenta de facturación y las afecciones médicas del paciente solo al paciente o tutor legal.

Si desea añadir contactos adicionales, que no sean el paciente o el tutor legal, que Associated Retinal Consultants, LLC (“ARC”) dba Hackensack Eye Care Center, un afiliado de PRISM Vision Group, está autorizado a revelar este tipo de información, por favor complete los campos de abajo y seleccione las casillas de verificación apropiadas basadas en su aprobación para cada persona que ha enumerado. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque por escrito lo contrario.

Nombre de contacto	Parentesco con el paciente	Número de teléfono de contacto	Fecha de finalización
--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------

- Información sobre la cuenta de facturación Información sobre la afección médica Contacto de emergencia

Notas adicionales: _____

Nombre de contacto	Parentesco con el paciente	Número de teléfono de contacto	Fecha de finalización
--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------------------

- Información sobre la cuenta de facturación Información sobre la afección médica Contacto de emergencia

Notas adicionales: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad y Acuse de Recibo.

HECC_NP_F107

Aviso de prácticas de privacidad y acuse de recibo.

Nombre del paciente _____ Fecha: ____/____/____

El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica protegida sobre usted, y cómo puede obtener acceso a esta información. Revise detenidamente.

Associated Retinal Consultants, LLC ("ARC") dba Hackensack Eye Care Center, un afiliado de PRISM Vision Group, está obligada por ley a proteger la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad, y a proporcionarle una copia de este aviso, el cual describe las prácticas de privacidad de la información médica de nuestro consultorio, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados que realizan conjuntamente actividades de pago y operaciones comerciales con nuestro consultorio. La «información médica protegida» es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo, así como información genética, e información que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de atención médica relacionados.

El ____/____/____ yo, _____, recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.
(Fecha de hoy) (Nombre del paciente)

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____

Fecha _____

* El Aviso de prácticas de privacidad de Hackensack Eye Care Center se puede buscar en nuestro sitio web:
<https://hackensackeye.com>

Solo para uso del consultorio

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener un acuse de recibo porque:

- La persona se negó a firmar.
- Las barreras de comunicación prohíben la obtención del acuse de recibo.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- Otro (especificar)

Este formulario de acuse de recibo pasará a formar parte de su registro médico permanente.

Cuestionario Médico/Antecedentes Oculares

HECC_NP_F108

Nombre del paciente:		Fecha		/	/
¿Qué problema ocular lo trae por aquí?					
¿Cuándo fue su último examen ocular?	/	/	Oftalmólogo		
¿Qué le dijo su médico?					
SÍ NO					
¿Usa gafas para la visión?					
¿Usa lentes de contacto?			Si es así, ¿cuándo los cambió por última vez?		
¿Tiene glaucoma?			Si es así, ¿cómo se está tratando?		
¿Se ha sometido a una cirugía de cataratas?			Si es así, ¿qué ojo?	Fecha de la cirugía	Nombre del cirujano
			Ojo izquierdo	/ /	
			Ojo derecho	/ /	
¿Se sometió a otra cirugía? Indique los detalles a continuación.					

Antecedentes Médicos: Antecedentes Sociales

¿Alguna vez ha sufrido alguno de los siguientes?

	SÍ	NO	Comentario
¿Nació de manera prematura?			
¿Antecedentes de pérdida de peso, fiebre?			
¿Dolores de cabeza, sinusitis, amigdalectomía?			
¿Afección cardíaca?			
¿Presión arterial alta?			
¿Problemas circulatorios?			
¿Enfermedad pulmonar?			
Úlceras, enfermedad del hígado, la vejiga?			
¿Fuma?			
¿Bebe?			
¿Enfermedad renal, de la vejiga y de la próstata?			

	SÍ	NO	Comentario
¿Enfermedad de las articulaciones?			
¿Enfermedad de la piel o cáncer de mama?			
¿Accidente cerebrovascular o enfermedad neurológica?			
¿Antecedentes de enfermedades psicológicas?			
¿Enfermedad de la tiroides?			
¿Diabetes?			
Fecha de los últimos resultados del azúcar en la sangre:			
¿Trastorno hemorrágico, anemia?			
¿Sida o enfermedades infecciosas?			
¿Cáncer?			

Enumere **TODAS** las medicaciones que toma actualmente, incluidas las gotas para ojos:

Enumere **TODAS** las alergias, incluidas las medicaciones:

HISTORIAL FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de	SÍ	NO	Parentesco:
cataratas?			
glaucoma?			
enfermedad de la retina?			
diabetes?			
hipertensión?			
anemia?			
otra enfermedad ocular o sistémica?			

Cuestionario de Antecedentes Médicos/Revisión de Síntomas

HECC_NP_F109

Nombre del paciente:	Fecha / /
----------------------	---------------------------------

¿Tiene algún problema en las siguientes áreas? Marque todas las opciones correspondientes.

SÍ NO

SÍ NO

GENERAL				
Fiebre				
Fatiga				
Pérdida/Aumento de peso				
Resfriados frecuentes				
OJOS				
Visión borrosa				
Visión doble				
Enrojecimiento				
Sensación arenosa o áspera				
Puntos ciegos				
Miodesopsias				
Destellos				
Ambliopía				
Picazón/ardor				
Lagrimo en exceso				
Sensibilidad al reflejo/a la luz				
Dolor ocular				
Infección crónica de ojos, párpados				
ORL: Oído, nariz y garganta				
Sinusitis				
Tos				
Dificultad para caminar				
Ronquera				
Pérdida de la audición				
Sangrados nasales				
CORAZÓN				
Dolor en el pecho				
Ritmo cardíaco irregular				
Marcapaso				
Soplo cardíaco				
Pies/tobillos inflamados				
Calambres en las piernas al caminar				
PULMONES				
Sibilancia, dificultad para respirar				
Tos con sangre/Mucosidad				
Gastrointestinal/Genitourinario				
Vómitos				
Evacuación intestinal con sangre				
Acidez estomacal				
Pérdida del apetito				
Dificultad para orinar				
Sangre en orina				
Micción frecuente				
Dolor al orinar				
MUSCULOESQUELÉTICO				
Dolor muscular				
Dolor en las articulaciones, artritis				
INTEGUMENTARIO				
Sarpullido, magulladura con facilidad				
Enfermedad mamaria				
NEUROLÓGICO				
Dolores de cabeza frecuentes y con desmayos				
Convulsiones				
PSIQUIÁTRICO				
Depresión				
Ansiedad				
Problemas psiquiátricos				
ENDOCRINO				
Sed excesiva				
Sudoración excesiva				
HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO				
Glándulas inflamadas				
ALERGIAS/INMONOLÓGICO				
Alergias estacionales				
Rinitis alérgica				
OTRO				
Embarazada				
Menopausia				
Hemorragia vaginal				
Bultos en los senos				
COMENTARIOS RELACIONADOS CON RESPUESTAS ANTERIORES: (IMPRIMIR)				