

# BIENVENIDOS

Sr. Sra. Srta. Dr. Fr. \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Seg Nom. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_ No. del licencia \_\_\_\_\_

Tel. de casa \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico (HIPPA queja / no compartida) \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ No. Del Seg. Soc. \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_

Fecha del Ultimo Examen de la vista \_\_\_\_\_ Sus Medico de Cabecera \_\_\_\_\_

## Informacion sobre los ojos ( por favor anote lo propio)

	Si	No		Si	No		Si	No
Visión de distancia borrosa			Picazón, quemadura o desgarro			Ojos secos		
Visión borrosa cerca			Visión doble			Cristales rotos del ojo		
Visión borrosa general			Ambliopía (ojo perezoso)			Destellos de luz		
Quiere lentes de contacto			Evaluación de cataratas			LASIK		
Quiero vasos nuevos			Examen ocular diabético			Otro		

Si marcó otro, por favor indique su razón \_\_\_\_\_

## Historia Medica (Tiene algun problema con esto sistemas?)

	Si	No		Si	No		Si	No
Buena salud general			Estómago			Migranias		
Oidos/nariz/garganta			Urinario			Mental		
Cardiovascular			Huesos			¿Estás Embarazada?		
Hipertensión			Enfermedad infecciosa			Diabetes		
Colesterol			condiciones de piel			Tiroides		
Respiratorio			Nerviosa			Condiciones alérgicas		
¿Fumas tabaco?			Tomando Alcohol			Drugas		

## Historia de Ojos y Familiar

	Si	No	Familiar		Si	No	Familiar		Si	No	Familiar
Glaucoma				Siego				Lesión Ocular			
Cataratas				Estrabismo				cirugía de ojos			
Cirugía de cataratas			-----	Amblyopia							
Degeneracion macular				Ojos Secos							
Enfermedad Retinal				LASIK			-----				

## Por favor enumere los medicamentos actuales

Nombre de la Medicaión	¿para qué condiciones?	Nombre de la Medicaión	¿para qué condiciones?
1.		5	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

¿Es alérgico a algún medicamento? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si es así, por favor enumere los medicamentos

1	2	3
4	5	6

## ¿Cómo se entero de nuestra oficina? (Please mark the box that applies)

Doctor/ Seguro Referencia		Nuestro sitio web		Búsqueda en Internet	
Familia / Amigo		Sitio web de seguro		Other	

Si Otro, indique favor: \_\_\_\_\_

## ¿Cómo podemos comunicarnos con usted?

Correo Electrónico		Texto		Tele Celular	
Correo		Sitio web de seguro		Other	

Si Otro, indique favor: \_\_\_\_\_

## **GRAN SALUD OCULAR SIGNIFICA PRUEBAS PREVENTIVAS**

El cuidado de los ojos es una especialidad preventiva que requiere pruebas anuales para establecer una excelente salud ocular. Esto se debe a que muchas enfermedades no muestran sus síntomas hasta que se ha producido un daño permanente. Esto puede incluir visión borrosa hasta pérdida total de la visión. Por lo tanto el doctor recomienda altamente las pruebas de la especialidad para asegurar el mejor para sus ojos. Por favor lea las pruebas y las iniciales. El personal revisará los procedimientos con usted y responderá cualquier pregunta que pueda tener.

## **Imágenes Digitales y Cartografía Retiniana (se aplican copagos )**

Una **Imagen digital** de su ojo le permite al médico tener una mejor visión de su retina (una colección de nervios, ubicados en la parte posterior del ojo, que le permiten ver). Este examen ayuda al médico a mejorar la precisión de su tratamiento, así como a detectar cualquier síntoma precoz de enfermedades.

**La cartografía retiniana** nos permite ver las capas de la retina en 3D. Este examen es increíblemente importante para la captura de desprendimientos retinianos tempranos, degeneración macular, efectos de la medicación y cambios debidos a la edad. Sin la cartografía retiniana, es posible perder las condiciones de salud importantes.

**Por favor Inicial** \_\_\_\_\_

\*sus iniciales se reservan el decisión de optar por no recibir nuestras recomendaciones

## **Dilatación de los ojos (Gratis)**

Las gotas dilatantes se utilizan para abrir sus pupilas y permitir que el doctor tenga una visión completa del ojo. Sin dilatación, es posible perder importantes condiciones de salud ocular. Tales condiciones incluyen el rasgado, el rasgado, el estiramiento, y/o los agujeros en la retina. Este examen se incluye en su examen completo sin costo alguno.

**EFFECTOS DE LA DILATACIÓN:** es importante notar que la dilatación causa visión borrosa durante 2 – 4 horas. Las gafas de sol serán proporcionadas a usted, pues usted será sensible a las luces brillantes. No opere la maquinaria si tiene dificultades con; caminar, balance o visión borrosa. Si la visión se ha difuminado demasiado, recomendamos esperar los efectos o coordinar otros arreglos de conducción. Las reacciones adversas, tales como glaucoma agudo del ángulo-encierro, se pueden accionar de las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata. **SI TIENE DOLOR EN LOS OJOS UNAS HORAS DESPUÉS DE LA DILATACIÓN, BUSQUE ATENCIÓN EN LA UCI ER. Por favor, informe al médico, si usted ha sido dilatado antes y tuvo efectos secundarios adversos.**

**Por favor Inicial** \_\_\_\_\_

\*sus iniciales se reservan el decisión de optar por no recibir nuestras recomendaciones

## **AVISO DE PRACTICÁ DE PRIVACIDAD (PROTECCIÓN HIPPA)**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente. Este aviso es efectivo 12/12/02 hasta nuevo aviso. Derecho de aviso como paciente, usted tiene el derecho a una notificación adecuada de los usos y divulgaciones de su información médica protegida. Bajo la ley de portabilidad y accesibilidad del seguro de salud (HIPAA). El centro Eyecare del Dr. Chiana puede usar su información de salud protegida para operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud. a) tratamiento-podemos usar o revelar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento. b) pago-podemos utilizar y divulgar su información de la salud para obtener el pago para los servicios que le proporcionamos. c) operaciones de atención de salud-podemos utilizar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de salud. Las operaciones de salud incluyen actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño del proveedor, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, actividades de licenciamiento o credenciales. Su autorización la mayoría de los usos y divulgaciones que no caen bajo tratamiento, pago, operaciones del cuidado médico requerirán su autorización escrita. Al firmar, usted puede revocar su autorización (por escrito) a través de nuestra práctica en cualquier momento. Situaciones de emergencia en caso de que su incapacidad o una situación de emergencia, divulgaremos la información de salud a un miembro de la familia, o a otra persona responsable de su cuidado, usando nuestro juicio profesional. Solamente divulgaremos la información de la salud que es directamente relevante a la implicación de la persona en su cuidado médico. Mercadeo no usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito. Requerido por la ley también podemos usar o revelar su información de salud cuando estamos obligados a hacerlo por la ley. Abuso o negligencia podemos revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o víctima de otros crímenes. Podemos revelar su información médica en la medida necesaria para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad de otras personas. Seguridad nacional podemos revelar la información de salud del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar información de salud a funcionarios federales autorizados requeridos para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar información de salud de reclusos o pacientes a las autoridades competentes bajo ciertas circunstancias. Recordatorios de citas podemos usar o revelar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas por teléfono, correo electrónico o carta. Sus derechos como paciente usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su información médica protegida (por escrito). La solicitud de restricción puede ser denegada si la información es requerida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. -usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales con respecto a su información médica protegida. -usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. -usted tiene el derecho de enmendar su información de salud protegida. -usted tiene el derecho de recibir una cuenta de la divulgación de su información médica protegida. -usted tiene el derecho a una copia en papel de este aviso de prácticas de privacidad. Requisitos legales el centro Eyecare de Dr. Chiana es requerido por ley para mantener la privacidad de su información de salud protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso tal y como se indica actualmente, y se reserva el derecho de cambiar este aviso. Las pólizas en cualquier nuevo aviso no estarán en vigencia hasta que se publiquen o estén disponibles dentro de nuestra oficina. Quejas Si usted tiene quejas con respecto a la manera en que su información de salud protegida fue manejada, usted puede presentar una queja por escrito a nuestra oficina. Usted no será tomado represalias en contra de ninguna manera para una queja. Información de contacto para obtener más información acerca de las políticas de privacidad del centro Eyecare del Dr. Steven j Chiana, por favor comuníquese con el Dr. Steven j. Chiana Eyecare Center 1839 w Orangethorpe Ave, Fullerton CA 92833 (714) 879-2020 Dr. Steven Chiana o Supervisor entiendo que lo anterior se refiere a mis derechos bajo la ley de portabilidad y accesibilidad del seguro de salud (HIPAA). Puedo pedir una copia de esto.

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

### **TARIFAS ADICIONALES Y PÓLIZAS DE SEGURO**

**\*no garantizamos su seguro en cobertura o pago. Cualquier cotización de honorarios son estimaciones solamente basadas en información proporcionada seguro. Hay tal vez un saldo debido después de la facturación de su visita debido a errores de seguro o negaciones.**

**\*usted autoriza a nuestra oficina a facturar su plan de visión o su plan médico para un examen de la vista de rutina o atención médica relacionada con sus ojos. Cualquier déficit en el pago es su responsabilidad y usted acuerda pagarnos puntualmente cuando se le notifique**

### **FIRMA**

Por favor proporcione el personal con su tarjeta de seguro médico y la información del seguro de visión