



INFORMACIÓN DE LA CUENTA (Por favor escriba)

NOMBRE: _____ FECHA: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDA INICIAL

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ GENERO: _____ #SEGURO SOCIAL: _____

RAZA: _____ IDIOMA PREFERIDO: _____ ETNIA: HISPANO/LATIN NON-HISPANO/LATIN

TELEFONO PRINCIPAL: _____ TELEFONO SECUNDARIO: _____

DIRECCION: _____
CALLE APT# CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

MEDICO REMITENTE: _____ MEDICO DE CABECERA: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
NOMBRE TELEFONO RELACION

ES PACIENTE EN UN CENTRO DE ENFERMERIA CALIFICADO? SI NO SI PROPORCIONAR INSTALACIONES:

NOMBRE DIRECCION TELEFONO

FARMACIA: _____
NOMBRE TELEFONO

DIRECCION CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

(inicial) HABRA UNA TARIFA DE CANCELACION DE \$50 PARA CITAS QUE NO SE CANCELAN DENTRO DE LAS 24 HORAS DE ANTICIPACION

SEGURO PRIMARY: _____ NUMERO DE POLIZA: _____

ASEGURADO PRINCIPAL(SI SÍNO EL PACIENTE): _____
NOBRE FEC NAC SEGURO SOCIAL RELACION

SEGURO SECUNDARIO: _____ NUMERO DE POLIZA: _____

ASEGURADO PRINCIPAL(SI SÍ NO EL PACIENTE): _____
NOBRE FEC NAC SEGURO SOCIAL RELACION

AUTORIZACION DE SEGURO SIN LIMITE: MEDICARE: Yo solicito que los pagos autorizados por Medicare y los beneficios d seguro completarios sean hechos/pagados a mi o por mi parte por cualquier servicio rendido por Florida Retina and Vitreous center, P.A. Yo autorizo la emicon de cualquier persona poseedora de documentos medicos o otra informacion acerca de mi; que los emita a la Administration del cuidado de Salud Financiera y a sus agents cualquier informacion necesitada para determinar los beneficios por servicios relativos.

OTRO SEGURO: Yo autorizo la emicon de cualquier informacion medica necesaria para procesar este reclamo y los reclamos relacionados y designer los beneficios de seguro directamente a Florida Retina and Vitreous Center, P.A., la cantidad que se deba por gastor medicos rendidos en Florida Retina and Vitreous Center, P.A. bajo los terminus de mi compania de seguro de salud.

Yo consiento que cualquier saldo no cubierto por mi seguro sera pagado por mi y las fotocopias de esta forma seran validas como la original.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de los beneficios del gobierno para mí o para la parte que acepta la asignación. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor abajo firmante por el servicio descrito POLÍTICAS FINANCIERAS: Soy responsable de confirmar que el Dr. Kraut está "en la red" de mi plan de seguro y también de obtener los números de autorización y / o referencia requeridos. Si el Dr. Kraut está fuera de la red y / o no se obtienen las remisiones / autorizaciones necesarias, seré responsable de todos los servicios prestados. Cualquier servicio no cubierto será mi responsabilidad previa notificación de las compañías de seguros. El copago, coseguro y deducibles deben pagarse en el momento en que se prestan los servicios. Los pacientes que pagan por cuenta propia deben pagar al momento del servicio.

FIRMA: _____
DEL PACIENTE O TUTOR

_____ **FECHA**

HISTORIA MEDICA Y SOCIAL (Por favor escriba)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Alguna vez a fumado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Por cuanto tiempo:	Cantidad por día:	Cuando dejo de fumar:
Alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usa drogas sociale <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cafeina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Tiene alguna alergia conocida? Si No Si sí por favor enumere: _____

RECETAS ACTUALES & SOBRE LA LISTA DE MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE

NOMBRE DE LA DROGA	LA DOSIS	FRECUENCIA

HISTORIA DE LOS OJOS	Compruebe si sí	OJOS - ENUMERE LOS LÁSERES, CIRUGÍAS, INYECCIONES: _____
¿Usas gafas/contactos		_____
Amblyopia (ojo perezoso)		_____

Glaucoma		¿CUÁL ES LA PRINCIPAL QUEJA QUE ESTÁ TENIENDO CON SUS OJOS / OJOS: _____
Macular degeneration		
Retinal tear/detachment		

	Compruebe si sí	HISTORIA FAMILIAR (OJO)	RELACIÓN
Cataratas			
Strabismus (ojos cruzados)		Macular degeneration	
LASIK/RK		Glaucoma	
Traumatismo Ocular		Retinal tear/detachment	

HISTORIA CLÍNICA Y REVISIÓN DE SISTEMAS	Compruebe si sí	ENUMERE CUALQUIER CIRUGÍA Y FECHA: _____
General/constitucional	Fiebre, pérdida de peso	_____
Cabeza, oreja, nariz, garganta	Dolor de cabeza, pérdida auditiva, seno	_____
Respiratorio	Asma, COPD	_____

Cardiovascular	Cardiopatía, presión arterial alta, arritmia	ENUMERE LAS CONDICIONES MÉDICAS QUE TENGA _____
Gastrointestinal	Diarrea, vómitos	
Genitourinario	Enfermadad renal	
Metabólico/endocrino	Diabetes, trastornos de la tiroides	
Neurológico	Seizures, cerebrovasculares	

	Compruebe si sí	HISTORIA FAMILIAR	RELACIÓN
Integumentario	Erupción cutánea, trastornos de la piel	Cáncer	
Musculoskeletal	Artritis	Diabetes	
Hematológicas	Trastornos hemorrágicos/coagulantes, leukemia	Hipertensión	
Inmunológicas	Transtornos inmunitarios	Cardiopatía	

Entiendo que mis ojos pueden ser dilatados que pueden causar visión borrosa, sensibilidad a la luz y visión deteriorada mientras conduzco.

FIRMA DEL PACEINTE O TUTOR: _____



AVISO AL PACIENTE DE PRACTICAS PRIVADAS

NOMBRE: _____

**Florida Retina and Vitreous Center's AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
está disponible al hacer el registro de entrada**

Se me ha dado la oportunidad de leer la Política de Prácticas de Privacidad del Aviso de Prácticas de Privacidad del Florida Retina and Vitreous Center acerca de cómo se puede usar mi información personal. Doy mi permiso para utilizar mi información personal de acuerdo con esta política. Esta hoja de firma permanecerá en la historia clínica del paciente como registro de aceptación. Yo autorizo la emisión de información de salud protegida a mi compañía de seguro solo hasta el punto necesario para obtener pago por servicios rendidos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Para proteger su privacidad y en conjunto con nuestra política, por favor proveenos con las siguiente información y autorizaciones. Si usted desea que nuestra oficina discuta su tratamiento e información de facturación con su cónyuge, hijo, miembro de la familia, cuidador, etc., por favor liste sus nombres abajo. Por favor, notifíquenos por escrito si alguna vez hay algún cambio en la siguiente lista:

_____ Nombre	_____ Teléfono
_____ Nombre	_____ Teléfono
_____ Nombre	_____ Teléfono

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

ESCRIBA NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NEXT MD INSCRIPCIÓN EN EL PORTAL DEL PACIENTE

PARA RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA O FINANCIERA EN LÍNEA (Por favor escriba)

NEXT MD le da la oportunidad de iniciar sesión electrónicamente para recibir información médica a través de un entorno conveniente, seguro y seguro. Usted está inscrito en NEXT MD usando su correo electrónico.

Después de inscribirse recibirá un correo electrónico de NEXT MD con más instrucciones para completar la inscripción. Este es un servicio gratuito proporcionado por Florida Retina and Vitreous Center.

Le gustaría inscribirse para Next MD? SI NO En caso afirmativo complete lo siguiente:

CORREO ELECTRÓNICO: _____ **FECHA:** _____

FIRMA: _____ **ESCRIBA NOMBRE:** _____