

Información del Paciente

| | | | | | | | |
|--|--|---------------------|------|---|--|-------------------------------------|--------------------|
| Apellido del Paciente | | Primer Nombre | | Segundo Nombre | | Apellido de Soltera | |
| Dirección (Calle o Casilla de Correo) | | | | Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Teléfono (Casa) | | Teléfono (Celular) | | Teléfono (Trabajo) | | Correo Electrónico | |
| Sexo (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | Fecha de Nacimiento | Edad | Número de Seguro Social | | Numero de Licencia | |
| Estado Civil (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) | | | | Nombre Completo del Esposo/Esposa (Si es aplicable) | | | |
| Raza (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | ¿El paciente reside en un centro de enfermería especializada o rehabilitación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si es así, nombre de la instalación | |
| Empleador | | | | | | Ciudad | Número de Teléfono |
| Dirección del Empleador | | | | Proveedor de Atención Primaria | | Número de Teléfono | |
| Contacto de Emergencia | | Número de Teléfono | | Nombre del Médico Remitente | | Número de Teléfono | |

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

Persona Responsable

| | | | | | | | |
|---|--|---------------------|------|-------------------------|--|--------------------|---------------|
| Apellido del Responsable | | Primer Nombre | | Segundo Nombre | | Correo Electrónico | |
| Dirección (Calle o Casilla de Correo) | | | | Ciudad | | Estado | Código Postal |
| Teléfono (Casa) | | Teléfono (Celular) | | Teléfono (Trabajo) | | | |
| Sexo (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | Fecha de Nacimiento | Edad | Número de Seguro Social | | Número de Licencia | |

Información del Seguro y el Subscriptor

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------|-----------------------------|--|--------|--|--------|---------------|-----------------------------|--|--|
| Compañía de Seguro Médico Principal | | | Fecha Efectiva | | | Compañía de Seguro Médico Secundario | | | Fecha Efectiva | | |
| Dirección postal de reclamos (Calle o Casilla de Correo) | | | | | | Dirección postal de reclamos (Calle o Casilla de Correo) | | | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal | | Ciudad | | Estado | Código Postal | | | |
| Numero de Póliza | | | Numero de Grupo | | | Numero de Póliza | | | Numero de Grupo | | |
| Nombre del Subscriptor de la Póliza | | | Fecha de Nacimiento | | | Nombre del subscritor de la póliza | | | Fecha de Nacimiento | | |
| Número de Seguro Social del Subscriptor | | | Relación con el/la paciente | | | Número de Seguro Social del Subscriptor | | | Relación con el/la paciente | | |
| Empleador del Subscriptor | | | Teléfono (Trabajo) | | | Empleador del Subscriptor | | | Teléfono (Trabajo) | | |
| Dirección del empleador del Suscriptor (Calle o Casilla de Correo) | | | | | | Dirección del empleador del Suscriptor (Calle o Casilla de Correo) | | | | | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal | | Ciudad | | Estado | Código Postal | | | |

Farmacia

| | | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| Farmacia preferida | | Dirección de la Farmacia preferida | | Número de Teléfono de la Farmacia | |
| Nombre de la Farmacia Por Correo | | Dirección de la Farmacia preferida | | Número de Teléfono de la Farmacia | |

Consentimiento para Tratar BTEA_NP_F101

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de Bethlehem Eye Associates PC ("BTEA"), un afiliado de PRISM Vision Group, incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, y otros empleados y miembros del personal a hacer evaluaciones médicas y cuidar al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Yo entiendo que, al no firmar este consentimiento, el/la paciente no recibirá atención médica, excepto en el caso de una emergencia.

Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal

Fecha

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

Doy mi consentimiento a _____ para autorizar la evaluación y tratamiento para el/la paciente identificado(a) anteriormente en caso de yo no estar disponible. Entiendo que esto autoriza a la persona anteriormente mencionada a conceder los procedimientos médicos y quirúrgicos e inmunizaciones para el/la paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito.

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal

Fecha

Responsabilidad Financiera BTEA_NP_F102

Por la presente autorizo a Bethlehem Eye Associates PC ("BTEA"), un afiliado de PRISM Vision Group, a solicitar beneficios en mi nombre y para el pago de los beneficios médicos directamente a BTEA por los servicios prestados. Yo solicito que los pagos de Medicare, Medigap y/o alguna otra aseguradora se realicen directamente a BTEA. Autorizo para que la información contenida en el registro médico del paciente o de la aseguradora del paciente (o sus empleados o agentes) sea proporcionada según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos por las aseguradoras del paciente. Estoy de acuerdo que todos los montos se deben pagar cuando sean solicitados y sean pagados a BTEA. Además, entiendo que, si el saldo de mi cuenta se vuelve moroso y es enviado a un cobrador, acepto pagar 30% más del saldo o \$50 USD, lo que sea mayor. También entiendo que se aplicará un cobro de \$35 si mi banco devuelve el cheque.

La duración de esta autorización es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Entiendo que, al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios, antes de que sean prestados.

Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal

Fecha

Método Preferido de Comunicación BTEA_NP_F104

Si, yo quiero que Bethlehem Eye Associates PC (“BTEA”), un afiliado de PRISM Vision Group, comunique mi información conmigo a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información segura.

Mi método preferido de comunicación con respecto a mis **condiciones médicas y/o información de citas** se indica a continuación:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono (Casa) | <input type="checkbox"/> Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Teléfono (Trabajo) |
| <input type="checkbox"/> Carta enviada por correo | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, haga una de las siguientes cosas (**por favor escoja UNA**):

- Dejar un mensaje con información detallada.
- Dejar un mensaje solamente con un número de teléfono para llamar.

Si el método de comunicación anterior es por **correo electrónico**, por favor considere las implicaciones de privacidad; como, por ejemplo, alguna otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico, tal como su empleador, que puede tener el derecho y/o la habilidad para revisar todo el correo recibido en su correo electrónico del trabajo.

Por favor déjenos saber si usted tiene instrucciones especiales o solicitudes con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, déjenos saber si le gustaría que lo/la llamáramos a un número de teléfono diferente para un resultado de examen específico o si no desea que lo/la contactemos en absoluto.

Contactos Aprobados para HIPAA BTEA_NP_F105

Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes es importante para nosotros, y por defecto solamente revelaremos la información relacionada con la cuenta de facturación y las condiciones médicas del paciente al paciente o tutor legal.

Si le gustaría agregar contactos adicionales, fuera del paciente o tutor legal, al que BTEA pueda revelar este tipo de información, por favor complete las casillas a continuación, y seleccione las casillas apropiadas según su aprobación para cada persona que haya incluido. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que sea revocada por escrito.

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| _____ Nombre del Contacto | _____ Relación con el Paciente | _____ Teléfono del Contacto | _____ Fecha de Finalización |
| <input type="checkbox"/> Información de la cuenta de facturación | <input type="checkbox"/> Información de la condición médica | <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia | |

Notas Adicionales: _____

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| _____ Nombre del Contacto | _____ Relación con el Paciente | _____ Teléfono del Contacto | _____ Fecha de Finalización |
| <input type="checkbox"/> Información de la cuenta de facturación | <input type="checkbox"/> Información de la condición médica | <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia | |

Notas Adicionales: _____

BTEA_NP_F107

Aviso de Practicas de Privacidad y Acuse de Recibo

Nombre del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

El Aviso de Prácticas de Privacidad describe como la información de salud protegida (PHI) sobre usted puede ser utilizada y revelada, y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revisar cuidadosamente.

Bethlehem Eye Associates PC ("BTEA"), un afiliado de PRISM Vision Group, está obligado por ley a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso, que describe las practicas de privacidad de información de salud de nuestra Práctica, su personal médico y proveedores de atención medica afiliados que conjuntamente realizan actividades y operaciones comerciales con nuestra Practica. "Información de Salud Protegida" (PHI), es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo a usted, así como información genética, e información que se relacione con su salud física o mental del pasado, presente o futuro y servicios relaciones a la salud.

En ____/____/____ Yo, _____, recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta Oficina.
(Fecha de Hoy) (Nombre del Paciente)

Letra de IMPRENTA por favor

Firma

Fecha

Solo para Uso de la Oficina

Intentamos obtener un reconocimiento de recibo por escrito de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconocimiento porque:

- El individuo se rehusó a firmar
- La barrera de comunicación prohibió obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otra (Por favor Especificar)

Este formulario de reconocimiento formará parte de su registro médico permanente.

| | | | | | |
|---|--|--------|------------------------------|-------------|--|
| Nombre del Paciente: | | | Fecha: / / | | |
| ¿Qué problema ocular lo trae acá? | | | | | |
| ¿Cuándo fue su último examen de visión? | | / / | | Oftalmólogo | |
| ¿Qué le dijo su doctor? | | | | | |

SI NO

| | | | | | |
|--|--|---------------|--|--|--|
| ¿Usa gafas para la visión? | | | | | |
| ¿Usa lentes de contacto? | | | | ¿Si es así, cuando fue la última vez que fueron cambiados? | |
| ¿Tiene glaucoma? | | | | ¿Si es así, cómo se está tratando? | |
| ¿Ha tenido cirugía de cataratas? | | | | ¿Si es así, cual ojo? | |
| | | Ojo Izquierdo | | Fecha de Cirugía | |
| | | | | / / | |
| ¿Ha tenido otra cirugía? | | Ojo Derecho | | Fecha de Cirugía | |
| | | | | / / | |
| Por favor enumere los detalles a continuación. | | | | | |

Historial Médico – Historial Social

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|--------|----------|---------------|
| Apellido del Doctor | | Primer Nombre | | Teléfono | |
| Dirección (Calle o Casilla de Correo) | | | Ciudad | | Estado |
| | | | | | Código Postal |

¿Alguna vez ha sufrido alguna de las siguientes?

| | SI | NO | FECHA |
|---|----|----|-------|
| ¿Nació prematuro? | | | |
| ¿Historial de pérdida de peso, fiebre? | | | |
| ¿Dolores de cabeza, sinusitis, amigdalitis? | | | |
| ¿Condición del corazón? | | | |
| ¿Alta presión sanguínea? | | | |
| ¿Problemas de circulación? | | | |
| ¿Enfermedad pulmonar? | | | |
| Enfermedad de úlceras, hígado, ¿o vesícula? | | | |
| ¿Fuma? | | | |
| ¿Consumo alcohol? | | | |
| Enfermedad de los riñones, vejiga o próstata? | | | |

| | SI | NO | FECHA |
|--|----|----|-------|
| ¿Enfermedad de las articulaciones? | | | |
| ¿Enfermedad de la piel o cáncer de seno? | | | |
| ¿Derrame o enfermedad neurológica? | | | |
| ¿Historial de enfermedad psicológica? | | | |
| ¿Enfermedad de tiroides? | | | |
| ¿Diabetes? | | | |
| ¿Fecha de los últimos resultados de azúcar en la sangre? | | | |
| ¿Trastorno hemorrágico, anemia? | | | |
| ¿Sida o enfermedad infecciosa? | | | |
| ¿Cáncer? | | | |

Enumere **TODOS** los Medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo las gotas para los ojos:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Enumere **TODAS** las alergias a medicamentos:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |

HISTORIAL FAMILIAR

| Hay antecedentes familiares de | SI | NO | |
|--|----|----|-----------------|
| ¿Cataratas? | | | Pariente: _____ |
| ¿Glaucoma? | | | Pariente: _____ |
| ¿Enfermedad de la Retina? | | | Pariente: _____ |
| ¿Diabetes? | | | Pariente: _____ |
| ¿Hipertensión? | | | Pariente: _____ |
| ¿Anemia? | | | Pariente: _____ |
| ¿Otra enfermedad ocular o sistemática? | | | Pariente: _____ |

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| Nombre del Paciente: | Fecha: / / |
|-----------------------------|------------------------|

¿Tiene algún problema en las siguientes áreas?

SI NO

SI NO

| GENERAL | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Fiebre | | | | | | | | | |
| Fatiga | | | | | | | | | |
| Perdida/Aumento de Peso | | | | | | | | | |
| Resfriados Frecuentes | | | | | | | | | |
| OJOS | | | | | | | | | |
| Visión Borrosa | | | | | | | | | |
| Visión Doble | | | | | | | | | |
| Enrojecimiento | | | | | | | | | |
| Sensación Arenosa | | | | | | | | | |
| Puntos Ciegos | | | | | | | | | |
| Flotadores | | | | | | | | | |
| Destellos | | | | | | | | | |
| Ojo Perezoso | | | | | | | | | |
| Picazón / Quemazón | | | | | | | | | |
| Exceso de Lagrimas | | | | | | | | | |
| Resplandor / Sensibilidad | | | | | | | | | |
| Dolor en el Ojo | | | | | | | | | |
| Infección Crónica en el Ojo / Parpado | | | | | | | | | |
| OÍDOS, NARIZ & GARGANTA | | | | | | | | | |
| Infección Sinusal | | | | | | | | | |
| Tos | | | | | | | | | |
| Problemas al Caminar | | | | | | | | | |
| Ronquera | | | | | | | | | |
| Pérdida Auditiva | | | | | | | | | |
| Hemorragias Nasales | | | | | | | | | |
| CORAZÓN | | | | | | | | | |
| Dolor de Pecho | | | | | | | | | |
| Latidos Irregulares del Corazón | | | | | | | | | |
| Marcapasos | | | | | | | | | |
| Soplo en el Corazón | | | | | | | | | |
| Pies / Tobillos Hinchados | | | | | | | | | |
| Calambres en las piernas cuando camina | | | | | | | | | |
| PULMONES | | | | | | | | | |
| Sibilancia, Dificultad para Respirar | | | | | | | | | |
| Tos con Sangre / Flema | | | | | | | | | |
| GASTROINTESTINAL / GENITOURINARIO | | | | | | | | | |
| Vómitos | | | | | | | | | |
| Deposiciones Sanguinolentas | | | | | | | | | |
| Acidez | | | | | | | | | |
| Pérdida de Apetito | | | | | | | | | |
| Dificultad para Orinar | | | | | | | | | |
| Sangre en la Orina | | | | | | | | | |
| Frecuencia Urinaria | | | | | | | | | |
| Dolor al Orinar | | | | | | | | | |
| MUSCULOESQUELETICO | | | | | | | | | |
| Dolor Muscular | | | | | | | | | |
| Dolor de Articulaciones, Artritis | | | | | | | | | |
| INTEGUMENTARIO | | | | | | | | | |
| Salpullido, Moretones fácilmente | | | | | | | | | |
| Enfermedad del Seno | | | | | | | | | |
| NEUROLOGICO | | | | | | | | | |
| Desmayos, Dolores de Cabeza frecuentes | | | | | | | | | |
| Convulsiones | | | | | | | | | |
| PSIQUIATRICO | | | | | | | | | |
| Depresión | | | | | | | | | |
| Ansiedad | | | | | | | | | |
| Problemas Psiquiátricos | | | | | | | | | |
| ENDOCRINO | | | | | | | | | |
| Sed Excesiva | | | | | | | | | |
| Sudor Excesivo | | | | | | | | | |
| HEMATOLOGICO / LINFATICO | | | | | | | | | |
| Glándulas Hinchadas | | | | | | | | | |
| ALERGICO / INMUNOLOGICO | | | | | | | | | |
| Alergias Estacionales | | | | | | | | | |
| Fiebre del Heno (Rinitis Alérgica) | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | |
| Embarazo | | | | | | | | | |
| Menopausia | | | | | | | | | |
| Sangrado Vaginal | | | | | | | | | |
| Nódulos o Bultos en los Senos | | | | | | | | | |
| COMENTARIOS CON RESPECTO A LAS RESPUESTAS ANTERIORES: (Letra de IMPRENTA por favor) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |