

Bienvenido(a) a Precision Eye Institute

En Precision Eye Institute (PEI), estamos comprometidos a brindarle atención ocular excepcional utilizando los últimos avances más recientes en oftalmología. Nuestro equipo dedicado de médicos, gerentes y personal trabaja en conjunto para garantizarle la mejor experiencia y los mejores resultados posibles.

Su visión y bienestar son nuestras principales prioridades, y es un honor ser parte de su cuidado visual.

¡Esperamos poder atenderle!

Dr. Krajnyk y el equipo de Precision Eye Institute

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Fecha: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

(Marque o escriba el nombre de quien lo refirió)

- ☐ Google
- ☐ Bing
- ☐ Yahoo
- ☐ Entró sin cita / Pasó por el lugar
- ☐ Páginas Amarillas
- ☐ Boletín de Iglesia
- ☐ Yelp
- ☐ Facebook
- ☐ Hometown News
- ☐ Compañía de Seguro
- ☐ Otro: _____

Referencia de Médico: _____

Referencia Personal / Paciente: _____

AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (HIPAA). También incluye una sección que describe sus derechos como paciente bajo la ley.

Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Si los términos cambian, se le proporcionará una copia actualizada.

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza o divulga su información médica para tratamiento, pago u operaciones médicas. También puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento; sin embargo, dicha revocación no afectará divulgaciones ya realizadas.

Al firmar, usted entiende que:

- Su información médica puede utilizarse para tratamiento, pago u operaciones de salud.
- Ha recibido nuestro Aviso de Privacidad.
- La práctica se reserva el derecho de modificar sus políticas.
- Puede solicitar restricciones, aunque la práctica no está obligada a aceptarlas.
- Puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.
- La práctica puede proporcionar tratamiento necesario al firmar este consentimiento.

He leído y entiendo las políticas anteriores.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Información Demográfica del Paciente

¿Fue referido por un médico? ☐ SÍ ☐ NO

Nombre del médico: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Número de Seguro Social (solo para fines de seguro): _____

Estado Civil:

☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)

Raza:

☐ Caucásico(a)

☐ Afroamericano(a)

☐ Hispano/Latino(a)

☐ Asiático(a)

☐ Otro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Casa: _____

Teléfono Celular: _____

¿Podemos dejar mensajes con información médica? ☐ SÍ ☐ No

¿Podemos enviar mensajes de texto sobre citas? ☐ SÍ ☐ No

Correo Electrónico: _____

¿Podemos contactarlo por correo electrónico? ☐ SÍ ☐ No

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

La información anterior es verdadera y correcta.

Firma del Paciente: _____

Nombre (en letra de molde): _____

Fecha: _____



Política y Cargo por Refracción

La refracción es una prueba diagnóstica realizada por el técnico y/o el médico. Proporciona información esencial sobre la función visual y puede detectar problemas médicos relacionados con disminución de la visión.

Medicare y la mayoría de los seguros no cubren la refracción. Por lo tanto, el cargo de \$55 es responsabilidad exclusiva del paciente.

Iniciales del paciente: _____

Consentimiento para Gotas de Dilatación

Para examinar adecuadamente sus ojos y diagnosticar enfermedades como glaucoma o degeneración macular, es necesario dilatar las pupilas.

Las gotas pueden causar visión borrosa y sensibilidad a la luz temporalmente. El tiempo de afectación varía según la persona. Recomendamos usar gafas de sol y considerar que alguien lo acompañe si no se siente cómodo conduciendo.

Por favor, indique que entiende el formulario de consentimiento para la dilatación durante su visita. _____

He leído y entiendo lo anterior.

Firma: _____ Nombre: _____

Fecha: _____

Seguro Médico:

Primario: _____ Secundario: _____

Plan de Seguro de Visión: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente:

☐ Yo mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre o Tutor Legal

Teléfono: _____

En Precision Eye Institute queremos que el proceso de facturación sea claro y sencillo.

Si tiene un saldo pendiente, enviaremos un estado de cuenta mensual a la dirección proporcionada. Para mantener su cuenta al día, los copagos, coseguros, deducibles y cargos de pago directo deben pagarse el día de su visita cuando corresponda.

Aceptamos: efectivo, cheque, CareCredit, Visa, Mastercard, American Express y Discover. Los cheques devueltos tendrán un cargo de \$30. Los pagos futuros deberán realizarse en efectivo o con tarjeta.

Es su responsabilidad informarnos sobre cualquier cambio en su seguro antes de su cita, incluyendo planes de visión separados de su seguro médico.

Como cortesía, enviaremos sus reclamaciones a su compañía de seguro. Sin embargo, su seguro es un contrato entre usted y su aseguradora. No todos los servicios están cubiertos. Usted es responsable de cualquier cargo que su seguro no pague, incluyendo deducibles, coseguros o servicios no cubiertos.

Solo presentamos reclamaciones a un máximo de dos compañías de seguro. No procesamos reclamaciones de terceros ni formularios de reembolso.

Al firmar abajo, usted autoriza que enviemos la información médica necesaria a su seguro y solicita que el pago se haga directamente a Orest M. Krajnyk, MD PA / Precision Eye Institute.

He leído y entiendo esta política financiera.

Firma del Paciente

Nombre (en letra de molde)

Fecha

Historial del Paciente

Historial Ocular

- ☐ Cataratas
- ☐ Lentes de contacto
- ☐ Lentes
- ☐ Trastorno corneal
- ☐ Ojo seco
- ☐ Destellos / Moscas volantes
- ☐ Glaucoma
- ☐ Degeneración macular
- ☐ Ángulos estrechos
- ☐ Migrañas oculares
- ☐ Desgarro retinal
- ☐ Desprendimiento de retina
- ☐ Otros síntomas: _____

Cirugías Oculares

- ☐ Cirugía de catarata
- ☐ Trasplante de córnea
- ☐ LASIK / RK / PRK
- ☐ Cirugía de párpados
- ☐ Tapones lagrimales
- ☐ Láser retinal
- ☐ Capsulotomía YAG
- ☐ Láser / cirugía de glaucoma
- ☐ Otro: _____

Historial Médico

- ☐ Ansiedad
- ☐ Asma
- ☐ Migraña crónica
- ☐ Diabetes Tipo _____
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Presión alta
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Enfermedad tiroidea
- ☐ Artritis
- ☐ Enfermedad autoinmune
- ☐ Cáncer
- ☐ COPD
- ☐ Ataque cardíaco
- ☐ Hepatitis Tipo _____
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Staph o MRSA

Cirugías Anteriores Escriba cualquier cirugía que le hayan realizado: _____

Estado Actual de Salud (Medicamentos/Alergias/Historial Social)
Nombre / Ubicación de la farmacia: _____

Proveedor de Atención Primaria: _____

**** Por favor, liste TODOS los medicamentos actuales. Incluya recetas, medicamentos sin receta (OTC) y gotas para los ojos, o proporcione una lista que podamos copiar.****

Nombre Medicamento	Dosis/Frecuencia	Nombre Medicamento	Dosis/Frecuencia
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

****ALERGIAS** INCLUYE TODAS LAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS, LÁTEX, ETC.**

Uso de Tabaco: ____ Usuario actual, ¿cuántos años? ____ **Uso de alcohol:** ____ Ocasional
 ____ Exfumador ____ Diario
 ____ Nunca ____ Nunca

Estado de Vacunación: ¿Está actualmente al día con su vacuna contra el COVID-19 según las recomendaciones del CDC? ____ Sí ____ No

 Pacientes de **66 años o más:** ¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía en o después de cumplir 60 años? ____ Sí ____ No

Planificación Anticipada: ¿Tiene un representante de atención médica en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones médicas? ____ Sí ____ No

¿Tiene un testamento vital? ____ Sí ____ No

¿Es diabético(a)? ____ Sí ____ No Si respondió Sí, complete lo siguiente: ____ Tipo 1
 (congénita) ____ Tipo 2

Último A1C% _____ Fecha: _____

Último Nivel de Azúcar: _____ Fecha/Hora: _____

Nombre: _____ Firma _____

HIPAA / Formulario de Autorización para Divulgación de Información Médica Protegida

Información del Paciente

Yo, _____ Fecha de Nacimiento: _____,
autorizo a Precision Eye Institute a compartir mi información médica según se indica a
continuación.

Información Médica a Compartir

(Marque una opción)

☐ Compartir mi expediente médico completo, incluyendo diagnósticos, resultados de
exámenes, tratamientos y facturación.

O

Compartir mi expediente, excepto:

- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, etc.)
- ☐ Tratamiento por alcohol o drogas
- ☐ Información genética
- ☐ Otro: _____

Formato de la Divulgación:

- ☐ Copia electrónica
- ☐ Copia impresa

Motivo de la Divulgación

(Escriba el motivo. Si no desea especificarlo, escriba "A mi solicitud."):

Quién Puede Recibir Mi Información

Nombre de la Organización: _____

Teléfono/Dirección:

Familiar / Amigo(a):

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Duración de Esta Autorización

(Marque una opción)

☐ Desde _____ hasta _____

☐ Todos los registros pasados, presentes y futuros

☐ Hasta que ocurra este evento: _____

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Firma

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

(Si firma en nombre del paciente)

Nombre del Tutor/Representante: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____