

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: _____

POLÍTICA FINANCIERA

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 enviamos 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/Frequencia	Nombre Medicamento	Dosis/Frequencia
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: _____