

Insurance Cards Copied Doctor: _____ Date: _____ Account: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE NUEVO (escriba de forma legible y complete todas las secciones)

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE Estado Civil: _____ Sexo: _____
Nombre: _____
(Apellido) (Nombre de Pila) (Segundo Nombre)
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____
Teléfono: Casa (____) _____ - Trabajo (____) _____ - Móvil (____) _____ - _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Conductor Lic. #: _____ SSN: _____ - _____ - _____
Escuela/Empleador: _____ Correo Electrónico: _____
Nombre del Cónyuge: _____
(Apellido) (Nombre de Pila) (Segundo Nombre)
Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE
Nombre de la Madre: _____ Trabajo (____) _____ - Móvil (____) _____ - _____
Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Conductor Lic. #: _____ SSN: _____ - _____ - _____
Nombre del Padre: _____ Trabajo (____) _____ - Móvil (____) _____ - _____
Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Conductor Lic. #: _____ SSN: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN REFERENCIAL
Referido por: _____ Nombre del Médico Primario: _____
Nombre(s) de Otro médico(s) que cuidan al paciente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA
Nombre de la persona que no vive con usted: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____
Teléfono: Casa (____) _____ - Trabajo (____) _____ - Móvil (____) _____ - _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE
Compañía de Seguros Primaria: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____
Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Relación: _____
Número de Seguro: _____ Número de Grupo: _____ SSN: _____ - _____ - _____
Compañía de Seguros Secundaria: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____
Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Relación: _____
Número de Seguro: _____ Número de Grupo: _____ SSN: _____ - _____ - _____
Compruebe si es Aplicable: Cobertura para Jubilados

ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo el tratamiento del paciente por un médico licenciado o designado en Family Eye Medical Group. Se entiende que un examen ocular conlleva un grado de riesgo. Autorizo fotografías con fines científicos o médicos y acepto su uso para fines considerados necesarios para su uso científico, tales como enseñanza, publicación o investigación. Se entiende claramente que las fotografías no serán mostradas al público laico u otros pacientes. Autorizo la divulgación de cualquier información con fines científicos o médicos con respecto a condiciones médicas cuando están bajo observación o tratamiento, incluyendo historia, hallazgos, lecturas de rayos X, diagnósticos, estudios fotográficos y desarrollos posteriores o futuros. Inicial: _____

Acepto que me contacte electrónicamente. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos mostrados por las declaraciones, inmediatamente después de la presentación. En caso de falta de pago por mi plan de seguro, estoy de acuerdo en pagar todos los no cubiertos y / o deducibles según lo determinado por mi plan de salud en conjunto con la política de Family Eye Medical Group. Los cargos mostrados por las declaraciones se acuerdan ser correctos y razonables a menos que se protesten por escrito dentro de los treinta (30) días. Se acuerda que los pagos no se demorarán ni se retendrán debido a la cobertura o pendencia de los reclamos sobre los mismos, y todos los ingresos del seguro se asignarán a la oficina donde sea aplicable, pero sin que la oficina asuma la responsabilidad de la recolección. Autorizo la divulgación de información médica a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamientos y asigno irrevocablemente al médico todos los pagos por servicios médicos prestados a mis dependientes o a mí mismo. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad que no esté cubierta por mi seguro. Una fotocopia es tan válida y efectiva como la original. Inicial: _____

Firma de la Persona Financiera Responsable: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido la notificación de prácticas de privacidad y se me ha dado la oportunidad de revisarla.

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

AVISO DE BENEFICIARIO ANTICIPADO

Nota del médico: Muchas compañías de seguros no pagan por "refracción" (la determinación de la necesidad de anteojos o lentes de contacto para corregir la visión). La autorización para realizar el procedimiento no garantiza el pago. Sólo nos autoriza a realizar el servicio. El seguro sólo pagará si determina que una refracción es un beneficio cubierto de su póliza en particular. Si el seguro niega el pago, debemos facturar al paciente por este servicio. Código de Procedimiento: 92015 **Cargar: \$45.00**

Acuerdo de Beneficiario: He sido notificado por mi médico que él / ella cree que, en mi caso, mi seguro es probable que niegue el pago por los servicios identificados anteriormente, por las razones expuestas. Si mi seguro niega el pago, acepto ser personal y completamente responsable del pago.

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

POLÍTICA DE MONTAJE DE LENTES

Se aplica un ajuste de la lente de contacto o un honorario de reinstalación a los pacientes que eligen estar en forma o reajustarse con lentes de contacto. Las compañías de seguros generalmente no cubren esta tarifa. Esta tarifa no está incluida en la refracción y no incluye las lentes de contacto reales. Estos cargos serán discutidos en el momento del servicio. Si elige este servicio, se le proporcionará un acuerdo de lentes de contacto.

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO MENOR PARA EL CUIDADO

En mi ausencia, autorizo _____ para llevar a mi hijo a cuidado oftálmico (válido por un año).

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



FAMILY EYE MEDICAL GROUP
4100 Long Beach Boulevard, Suite 108
Long Beach, California 90807-2696
Tel: (562) 426-3925 · Fax: (562) 595-7639

Política de la Oficina Sobre Citas

**ADULT STRABISMUS/
PEDIATRIC
OPHTHALMOLOGY:**
(562) 426-3925

Andrew E. Choy, M.D.
Teresa O. Rosales, M.D.
Robert A. Clark, M.D.
Ajay Manchandia, M.D.

**COMPREHENSIVE
OPHTHALMOLOGY:**
(562) 426-3925

Robert A. Clark, M.D.
Ajay Manchandia, M.D.

**CONTACT
LENSES/OPTICAL**
(562) 426-3925, Ext.156

ORBIT & OCULOPLASTICS:
(562) 426-3925
Andrew E. Choy, M.D.

INSURANCE SECTION
(562) 426-7674

SURGERY SECTION
(562) 426-3925, Ext.133

Las citas tienen un período de gracia de 10 minutos. Si la cita no se ha cancelado y el paciente no se ha registrado al final del período de gracia, la cita se considera perdida. Habrá una tarifa de \$ 25 para reprogramar su cita.

Tarifa para reprogramar una cita perdida: \$25.00

Firma: _____

Fecha: _____

Cuestionario de Historia del Paciente (Actualiza Cada Visita)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: / / Ocupación: _____

¿Cómo está la salud general del paciente (marque uno)? Bueno Justa Pobre

¿El paciente tiene problemas con los siguientes sistemas corporales (marque todo lo que corresponda)?

Ojos Gastrointestinal Sangre, Sistema Linfático Fiebre, Pérdida de Peso

Genitourinario Alérgico/Inmunológico Oídos/Nariz/Boca/Garganta Piel, Senos

Psiquiátrico Cardiovascular Neurológico Diabetes, Tiroides

Respiratorio Musculoesquelético

Por favor explica los artículos marcados: (usar de nuevo si es necesario)

Tiene el paciente (marque la casilla correspondiente, usar detras si es necesario):

¿Alergia a los medicamentos? sí no Enumere medicamentos/reacciones: _____

¿Diabetes? sí no Tipo y fecha de diagnóstico: _____

¿Otras alergias? sí no Describir alergia/reacción: _____

¿Dolores de cabeza? sí no ¿Vacunas actualizadas? sí no

¿Cirugías (no a los ojos)? sí no Describir: _____

¿Otros problemas de salud? sí no Describe: _____

El paciente usa (marque la casilla correspondiente):

¿Cigarrillos/Tabaco? sí no ¿Alcohol? sí no ¿Otras Sustancias? sí no

Liste los Medicamentos Actuales: _____

Nombre del Médico de Familia: _____ Fecha de la última visita: / /

¿Hay un historial familiar de (marque todo lo que corresponda)?:

Alta Presion Sanguinea Diabetes Glaucoma Cataratas

Degeneración Macular Desprendimientos de Retina Otras Problemas de Ojos

Explique las problemas marcados y la relación con el paciente:

Tiene el paciente alguno de los siguientes antecedentes oculares (marque la casilla correspondiente, use detras si es necesario):

¿Cirugías Oculares? sí no Fecha/describir: _____

¿Lesiones en los ojos? sí no Fecha/describir: _____

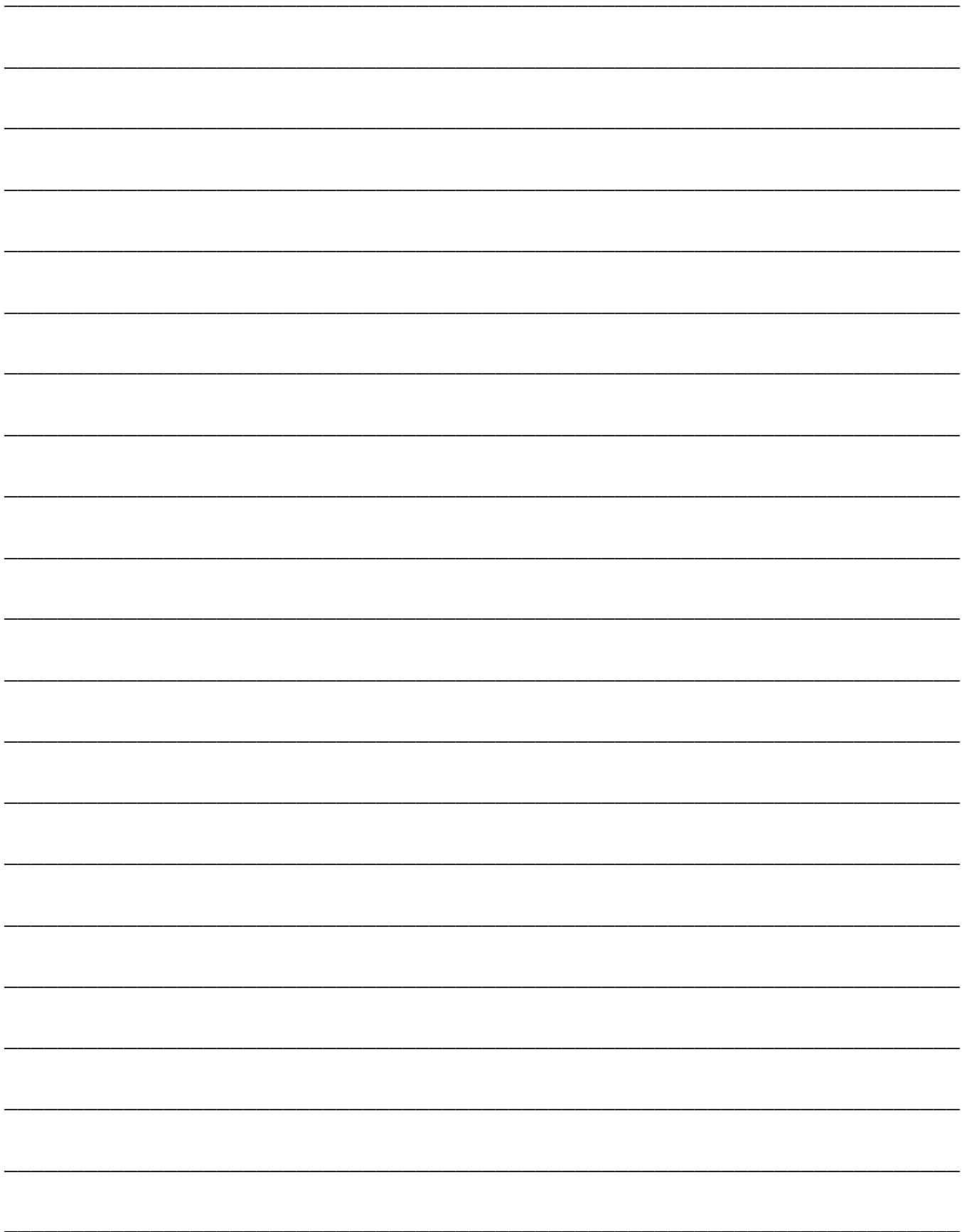
¿Otros problemas oculares? sí no Describir: _____

¿Gafas? sí no ¿Lentes de contacto? sí no Tipo: _____

¿Glaucoma? sí no ¿Cataratas? sí no

¿Ojos secos? sí no ¿Visión borrosa? sí no

Necesidades/dificultades visuales especiales:





FAMILY EYE MEDICAL GROUP
4100 Long Beach Boulevard, #108
Long Beach, California 90807-2696
Tel: (562)426-3925; Fax: (562)595-7639

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO CON CUIDADO.

Este aviso entrará en vigor el 25 de septiembre de 2017 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

1. NUESTRO COMPROMISO SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de los cuidados y servicios que recibe en nuestra organización. Necesitamos este registro para proporcionarle un cuidado de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y compartir información médica acerca de usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

2. NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos exige que:

- a. Mantenga su información médica privada.
- b. Le brindamos este aviso describiendo nuestras obligaciones legales, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información médica.
- c. Siga los términos de la notificación que está ahora en vigor.

Tenemos el Derecho a:

- a. Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios estén permitidos por la ley.
- b. Hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso sean efectivos para toda la información médica que mantenemos, incluida la información previamente creada o recibida antes de los cambios.

Aviso de cambio a las prácticas de privacidad: Antes de realizar un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos que el nuevo aviso esté disponible si lo solicita.

3. USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

La siguiente sección describe diferentes maneras en que usamos y divulgamos información médica. No todos los usos o revelaciones serán listados. Sin embargo, hemos enumerado todas las diferentes maneras en que se nos permite usar y revelar información médica. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para ningún propósito no mencionado abajo, sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted proporcione puede ser revocada en cualquier momento escribiéndonos.

- a. **PARA TRATAMIENTO:** Podemos usar información médica acerca de usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otras personas que estén cuidando de usted. También podemos compartir información médica acerca de usted con otros proveedores de atención médica para ayudarlos a tratarlo.
- b. **PARA PAGO:** Podemos divulgar su información médica para propósitos de pago.
- c. **PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Podemos usar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Esto puede incluir medir

y mejorar la calidad, evaluar el desempeño de los empleados, llevar a cabo programas de capacitación, y obtener la acreditación, certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle.

4. USOS ADICIONALES Y DIVULGACIÓN: Además de usar y divulgar su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar información médica para los siguientes propósitos.

- a. **EDUCACIÓN:** Información médica con una organización pública o privada o persona que puede ayudar legalmente en los esfuerzos educativos.
- b. **NOTIFICACIÓN:** Información médica para notificar o ayudar a notificar: un miembro de la familia, su representante personal y otra persona responsable de su cuidado. Compartiremos información acerca de su ubicación, estado general o muerte. Si está presente, obtendremos su permiso si es posible antes de compartirlo, o le daremos la oportunidad de rechazar el permiso. En caso de emergencia, y si usted no puede dar o rechazar el permiso, compartiremos solamente la información de salud que es directamente necesaria para su cuidado de la salud, de acuerdo con nuestro juicio profesional. También usaremos nuestro criterio profesional para tomar decisiones en su mejor interés de permitir que alguien recoja medicinas, suministros médicos, radiografías o información médica para usted.
- c. **ALIVIO DE DESASTRES:** Información médica con una organización pública o privada o persona que puede ayudar legalmente en esfuerzos de ayuda de desastre.
- d. **INVESTIGACIÓN EN CIRCUNSTANCIAS LIMITADAS:** Información médica para fines de investigación en circunstancias limitadas en que la investigación fue aprobada por una junta de revisión que revisó la propuesta de investigación y estableció protocolos para asegurar la privacidad de la información médica.
- e. **DIRECTOR FUNERAL, CORONER, EXAMINADOR MÉDICO:** Para ayudarles a cumplir con sus deberes, podemos compartir la información médica de una persona que ha muerto con un médico forense, director de funeral o una organización de adquisición de órganos.
- f. **FUNCIONES ESPECIALIZADAS DEL GOBIERNO:** Sujeto a ciertos requisitos, podemos divulgar o usar información de salud para el personal militar y veteranos, para actividades de seguridad nacional e inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones de idoneidad médica para el Departamento de Estado, para instituciones penitenciarias y otras leyes las situaciones de custodia de la ejecución y los programas gubernamentales que proporcionan beneficios públicos.
- g. **ORDENES DEL TRIBUNAL Y PROCEDIMIENTO JUDICIAL Y ADMINISTRATIVO:** Podemos revelar información médica en respuesta a una orden judicial, administrativa, citatorio, solicitud de descubrimiento y otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. Bajo circunstancias limitadas, como una orden de la corte, una orden judicial o una citación judicial de un gran jurado, podemos compartir su información médica con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Es posible que compartamos información limitada con un oficial de la ley sobre la información médica de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de crimen o persona desaparecida. Podemos compartir la información médica de un recluso y otra persona bajo custodia legal con un oficial de la ley o una institución correccional bajo ciertas Circunstancias.
- h. **ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA:** Según lo requerido por la ley, podemos divulgar su información médica a la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluyendo abuso o negligencia infantil. También podemos revelar su información médica a personas sujetas a jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos con el propósito de reportar eventos adversos asociados con defectos o problemas del producto, para permitir retiros de productos, reparaciones o reemplazos, rastrear productos o realizar actividades requeridas por la Administración de Drogas y Alimentos. También podemos, cuando la ley nos autoriza a

- hacerlo, notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o de lo contrario estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- i. **VÍCTIMAS DE ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMÉSTICA:** Podemos revelar información médica a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros crímenes. Podemos compartir su información médica si es necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros. Podemos compartir información médica cuando sea necesario para ayudar a los agentes de la ley a capturar a una persona que ha admitido ser parte de un crimen o ha escapado de la custodia legal.
 - j. **COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES:** Podemos divulgar información de salud cuando sea autorizado y necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores y otro programa similar.
 - k. **CUMPLIMIENTO DE LA LEY:** Estas circunstancias incluyen la notificación requerida por ciertas leyes (tales como la notificación de ciertos tipos de heridas), de conformidad con ciertas citaciones o órdenes judiciales, informando información limitada sobre la identificación y la ubicación en la solicitud de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, los informes sobre las presuntas víctimas de delitos a petición de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, los informes sobre la muerte, los crímenes cometidos en nuestras instalaciones y las emergencias por delitos.

5. SUS DERECHOS INDIVIDUALES

- a. Usted puede buscar o obtener copias de su información médica. Usted puede solicitar que le proporcionemos fotocopias. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Puede obtener el formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede solicitar acceso enviando una carta a la persona de contacto que aparece al final de este aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$1 por cada página y le cobraremos franqueo si desea que las copias le sean enviadas por correo. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.
- b. Puede recibir una lista de todas las veces que nosotros o nuestros asociados de negocios compartimos su información médica con fines distintos del tratamiento, pagos y operaciones de atención médica y otras excepciones especificadas.
- c. Usted puede solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).
- d. Usted puede restringir ciertas revelaciones de su información médica a los planes de salud / compañías de seguros si usted paga de su bolsillo en su totalidad por el servicio de atención médica.
- e. Usted debe autorizar la divulgación de su información para cualquier actividad de marketing o recaudación de fondos y para cualquier venta de cualquier información.
- f. Debe autorizar la divulgación de información genética para la suscripción de seguro médico.
- g. Usted debe ser notificado sobre cualquier incumplimiento de la información médica no segura.
- h. Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica por diferentes medios o en diferentes lugares. Su solicitud de que le comuniquemos su información médica por diferentes medios o en diferentes lugares debe hacerse por escrito a la persona de contacto que aparece al final de este aviso.
- i. Usted puede solicitar que cambiemos su información médica. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información que desea cambiar o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información que desea cambiar. Si aceptamos

su solicitud de cambio de información, haremos los esfuerzos razonables para informar a los demás, incluidas las personas a las que usted nombra, del cambio e incluir los cambios en cualquier futuro intercambio de esa información.

6. PREGUNTAS Y RECLAMACIONES: Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, por favor contáctenos. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja.

Persona de Contacto: El Presidente de Family Eye Medical Group, teléfono (562)426-3925.