

CHILDREN'S EYE INSTITUTE
PATIENT INFORMATION

Fecha: _____

Nombre Del Paciente _____

Fecha de Nacimiento	Apellido	Edad	Nombre	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Inicial	Femenina <input type="checkbox"/>
Dirección: _____				Teléfono de Hogar #: _____		
Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____		# Seguro Social: _____		
Empleador _____				Licencia de Manejo: _____		
Dirección (Empleador) _____				Ocupación _____		
Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____		Teléfono de Trabajo #: _____		

SPOUSE OR PARENT INFORMATION (Required for all patients under age 18)

Nombre de Padre o Cónyuge _____	Fecha de Nacimiento _____		
Dirección: _____	Teléfono de Hogar #: _____		
Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____	# Seguro Social: _____
Empleador _____	Licencia de Manejo: _____		
Dirección (Empleador) _____	Ocupación _____		
Teléfono de Trabajo: _____	# De Celular: _____		
Correo Electrónico: _____			

Nombre de Madre _____	Fecha de Nacimiento _____		
Dirección: _____	Teléfono de Hogar #: _____		
Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____	# Seguro Social: _____
Empleador _____	Licencia de Manejo: _____		
Dirección (Empleador) _____	Ocupación _____		
Teléfono de Trabajo: _____	# De Celular: _____		
Correo Electrónico: _____			

INFORMACION DE SEGURO MEDICO (Marque)

MEDICARE <input type="checkbox"/>	MEDI-CAL <input type="checkbox"/>	HMO <input type="checkbox"/>	PPO <input type="checkbox"/>	CCS <input type="checkbox"/>	Efectivo <input type="checkbox"/>
Nombre de su Seguro Médico _____	Nombre de su Seguro Médico _____				
#De Identificación _____	#De Identificación _____				
Asegurado _____	Asegurado _____				

CONTACTO DE EMERGENCIA (no en la misma casa)

Nombre _____	Relación _____	
Dirección _____	#Teléfono _____	
City _____	Estado _____	Zip _____

Nombre de Doctor de referencia _____	Nombre de Pediatra _____	
Dirección: _____	Dirección: _____	
Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____
#De Teléfono : _____	# De Teléfono: _____	

Children's Eye Institute

Historial De Salud

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Doctor Primario/Pediatra: _____

Doctor que te refirió: _____

Dirección _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Historial Ocular

Razón de la visita/ problema ocular:

Circule los síntomas del paciente, cual ojo, frecuencia, severidad y duración.

1. Pérdida de vision/ Vision borrosa/ Vision doble _____
2. Sequedad/ Ojos rojos/ Secreciones/ Comezón (Rasquiña)/ Ardor/ Lagrimeo/ Sensación arenosa o áspera _____
3. Sensación de substancia foránea (Basura)/ Dolor/ Sensibilidad a la luz/ Inflamación/ Billo deslumbrante _____
4. Infección/ Lesión del ojo o Parpado/ Dolor de cara/ Dolor de cabeza _____
5. Ojos cruzados (Desviados)/ Párpados caídos/ Ojos salientes/ Movimientos de ojos anormales _____

Por favor indique cirugías de ojos previas junto con fechas:

1. _____
2. _____
3. _____

Hay historial de trauma o heridas de ojos? (Si No) Cuando y como? _____

El paciente usa lentes? (Si No) Cuando empezó a usar lentes? _____

Con que frecuencia usa lentes? _____ Cuando fue dada la ultima prescripción? _____

Ha tenido que parchar un ojo? (Si No) Cual ojo? _____ Cuando y por cuánto tiempo? _____

Historial Ocular del Paciente y Familia

Marque los problemas que apliquen:

	<u>Patient</u>	<u>Miembro Familiar</u>	
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quien? _____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quien? _____
Problemas de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quien? _____
Inflamación/Uveitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quien? _____
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quien? _____
Estrabismos (Ojos desviados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quien? _____
Visión Reducida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quien? _____
Lentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quien? _____ Que Edad? _____

Otro Problema: _____

Apellido:

Nombre:

Iniciales:

Historia De Nacimiento (para pacientes menos de 18 años)

Peso al nacer _____ lbs. _____ oz. Fue prematuro? (Si No) Cuantas semanas de gestación? _____

Estuvo el bebe en oxigeno? (Yes No) Cuanto tiempo? _____

Hubo problemas al nacer? : (Marque los que apliquen)

Convulsión/ Sangrado en el cerebro/ Infección/ Problemas Intestinales/ Trauma de parto/ Otro: _____

Tuvo la madre problemas con el parto? (Yes No) Que tipo de problemas? _____

Hay historial de abuso de sustancias ilícitas (Drogas) durante el embarazo? (Yes No) Que clase? _____

Son el padre y la madre relacionados de sangre? (por ejemplo primos)(Yes No) Como? _____

Historial Médico Del Paciente

Medicamentos (Oral y de ojos):

- | | | | | | |
|----|----|----|-----|-----|-----|
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
| 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |

Toma el paciente Aspirina, Ibuprofeno o Coumadin? (Si No)

Tiene ALERGIA a alguna medicina? (Si No) A que? _____

Tiene alergia a iodo? (Yes No) A adhesivo (Tape)? (Si No) LATEX (elástico)? (Si No)

Problemas Médicos Generales: (Marque los que apliquen)

Convulsión / Migraña / Hipertensión / Enfermo del corazón/ Asma/ Tiroides/ Diabetes/ Arteritis/ Cáncer/ Otro

Liste las otras operaciones generales o cirugías y fechas:

- | | | |
|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. |
|----|----|----|

Existen antecedentes de problemas de sangrado o reacciones a la anestesia? (Si No) Los miembros de la familia? (Si No) Por favor explique: _____

Incluya una lista de toda hospitalización fechas y razones:

- | | | |
|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. |
|----|----|----|

Historial Médico de la Familia (Círculo o lista aquellos que se aplican)

Convulsión / Migraña / Hipertensión / Enfermo del corazón/ Asma/ Tiroides/ Diabetes/ Arteritis/ Cáncer/ Otro

Historia Social

Tipo de Empleo: _____

Usted bebe alcohol? (Si No) Cuanto Tomas? _____

Si usted o alguien que vive en su casa fuman? (Si No) cuántos paquetes diarios? _____

Usas o has consumido drogas ilícitas? (Si No) Cuando y de que tipo? _____

Revisión de los Sistemas (Marque todas las condiciones que actualmente tiene el paciente junto con descripción)

General: Fiebre/ Pérdida de peso <input type="checkbox"/>	_____	Nariz y garganta: Alergias/ Sinusitis <input type="checkbox"/>	_____
Neurológico: Convulsión/ Apoplejía <input type="checkbox"/>	_____	Urinaria/ Riñones <input type="checkbox"/>	_____
Migraña/ Dolor de cabeza <input type="checkbox"/>	_____	Gastrointestinal: Hepatitis/ Jaundice <input type="checkbox"/>	_____
Cardiovascular: Marcapasos/ Vascular <input type="checkbox"/>	_____	Musculoskeletal/ Arteritis <input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Cardíaca/ Hipertensión <input type="checkbox"/>	_____	Psiquiátrico <input type="checkbox"/>	_____
Respiratorio: Asma/ Tuberculosis <input type="checkbox"/>	_____	Ninguno <input type="checkbox"/>	_____
Endocrino: Tiroides / Diabetes <input type="checkbox"/>	_____		

Nombre del Paciente: _____

FIRMA AUTORIZADA PARA EL TRATAMIENTO
Padre, madre o tutor debe firmar si el paciente es menor de 18 años

(Para el uso de la oficina solamente)

Date: _____ Health History Reviewed By: _____

Children's Eye Institute

Autorización para divulgar información médica a mi seguro

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Solicito que pago de beneficios autorizados de seguro en mi nombre sean hechos a **Children's Eye Institute INC.**
Autorizo a quien tenga información médica mía a que esta sea divulgada a la Administración Financiera de Salubridad y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos servicios.

Yo entiendo que con mi firma solicito que pago sea hecho y autorizo que información médica necesaria se divulgada para pago de estos servicios. Si otro seguro medico es indicado en el artículo 9 de la forma HCFA 1500 o en cualquier otra forma aprobada o reclamos de servicios registrado electrónicamente, mi firma autoriza que información pueda ser divulgada al seguro o agencia medica.

Yo reconozco que soy responsable por el deducible, co-deducible, co-pagos, y servicios no cubiertos.

Firma

Fecha

Children's Eye Institute

Póliza Financiera

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Si usted tiene seguro médico, estamos ansiosos de que recibas tus beneficios máximos permisibles. Con el fin de alcanzar los objetivos, necesitamos su ayuda, y su comprensión de nuestra póliza financiera.

El pago de los servicios es debido en el momento que se prestan sus servicios, a menos que acuerdos de pago hayan sido previamente autorizados por nuestro personal. Aceptamos pagos en efectivo, cheques, MasterCard, Visa o American Express.

Con mucho gusto discutiremos el tratamiento propuesto y responderemos a cualquier pregunta relativa a su compañía de seguros.

Usted debe, sin embargo, darse cuenta de que:

1. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador, y la compañía de seguros.
2. Nuestros honorarios son generalmente considerados aceptable por la mayoría de las compañías de seguros, y por lo tanto están cubiertos hasta la prestación máxima determinada por cada una de las compañías. Si este no es el caso, el paciente sigue siendo responsable por el balance.
3. No todos servicios son un beneficio cubierto en todos contratos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no cubrirán. Por ejemplo, la mayoría de las pólizas de seguro no cubrirán los exámenes de ojo rutinarios y, haciendo el paciente responsable por este cargo.

Tenemos que recalcar que como proveedor de cuidados médicos, nuestra relación es contigo, y no con su seguro. Todo cargo es su responsabilidad en la fecha en que estos servicios son otorgados, a no ser que el contrato entre nuestra oficina y la compañía de seguro dicte lo contrario. Entendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago a tiempo a tu cuenta. Si estos problemas ocurren, te pedimos que te comuniquéis con nosotros lo antes posible, para asistencia con el manejo de tu cuenta.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre la información más arriba o cualquier incertidumbre respecto a la cobertura de seguro, por favor pregunte sin pena. Estamos aquí para ayudarte.

Firma: _____ Fecha _____

Children's Eye Institute

Reconocimiento del Paciente para el Uso y la Revelación de la Información de Salud para el Tratamiento, el Pago, o los Operativos de Cuidados Médicos

Yo _____ reconozco que, como parte de la asistencia sanitaria, **Children's Eye Institute INC**, se origina y mantiene papel y/o registros electrónicos describiendo mi historia clínica, los síntomas, examen y resultados de la prueba, diagnósticos, tratamiento, y los planes de cuidado o tratamiento en el futuro. Reconozco que esta información sirve como:

- a. Una base para planificar mi atención y tratamiento.
- b. Un medio de comunicación entre muchos profesionales de la salud que contribuyan a mi cuidado
- c. Una fuente de información para aplicar mi información diagnóstica y quirúrgica para mi factura.
- d. Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron efectivamente prestados.
- e. Una herramienta de salud rutinaria tales como evaluar la calidad y el examen de la competencia de los profesionales de la salud.

Reconozco y he sido presentado con el Aviso de Prácticas de Información que proporciona una descripción más completa de información sobre usos y divulgaciones. Reconozco que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- a. El derecho de revisar el anuncio antes de firmar el consentimiento.
- b. El derecho de oponerse al uso de mi información de salud para la guía
- c. El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de la salud se pueden usar o divulgar para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud.

Reconozco que Children's Eye Institute no está obligado a aceptar las restricciones solicitado. Reconozco que puedo revocar este formulario por escrito, excepto cuando la organización ya haya tomado medidas al respecto. También reconozco que al negarme a firmar este formulario, o por la revocación de este formulario, esta organización puede negarse a tratarme como permitidos por la Sección 164.506 del código de Reglamentos Federales.

Además, acepto que Children's Eye Institute Se reserva el derecho de modificar sus anuncios y prácticas antes de su aplicación, de conformidad con Sección 164.520 del Código de Reglamentos Federales. Si Children's Eye Institute cambia su anuncio, podre obtener una copia revisada poniéndome en contacto con su oficina.

Deseo contar con las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de la salud:

He de reconocer que, como parte de esta organización, tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede resultar necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para la divulgación de estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones vía fax.

Reconozco las condiciones indicadas arriba.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Una copia completa del Aviso de Privacidad de los pacientes está disponible si así lo desea.

_____ Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Privacidad de los pacientes.
(Iniciales)

PARA USO EN LA OFICINA SÓLOMENTE

[] Reconocimiento recibido por _____

[] Reconocimiento añadido a paciente historial médico sobre _____

Children's Eye Institute

1246 E. ARROW HWY SUITE A
UPLAND, CA 91786
PHONE (909) 931-9675

7710 LIMONITE AVE., SUITE 101
JURUPA, CA 92509
FAX (909) 931-3239

14075 HESPERIA RD., SUITE 101
VICTORVILLE, CA 92395
TOLL FREE 1(866) 516-8069

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Sección A: Debe completarse para todas las autorizaciones

Yo autorizo mi información de salud identificable individualmente como se describe a continuación. Tengo entendido que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o profesional de la salud; la información tal vez ya no puede ser protegida por normas federales de privacidad

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Personas/ Organización proporcionando información:

Personas /Organización usando o recibiendo información:

Descripción específica de la información (incluyendo fecha(s), si es pertinente),

Revocación

Esta autorización es también objeto de revocación por escrito, por el que suscribe, en cualquier momento entre ahora y la divulgación de información por el grupo dando la información. La revocación en escrito será efectiva a partir de recibirla, pero no será eficaz en la medida en que el solicitante o otros han actuado en dependencia de la autorización.

Si yo revoco esta autorización yo entiendo que no tendrá ningún efecto sobre acciones tomadas por Children's Eye Institute antes de recibir la revocación.

Sección B: Deben completarse, si el médico o plan de salud pidió la autorización o se usa para investigaciones educativas.

1. Médico o plan de salud debe completar el siguiente:

a. ¿Recibirá el proveedor o el plan de salud compensación financiera o de otra forma, a cambio de utilizar o divulgar la información médica descritos anteriormente?

b. Si _____ NO _____ X _____

2. Paciente deberá completar lo siguiente:

a. Yo entiendo que yo puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si pregunto por "ella" y que yo reciba una copia de este formulario una vez que ya he firmado.

Iniciales _____

b. Tengo entendido que, en la mayoría de las situaciones, mi médico me tratara aunque no firme esta autorización. Si el propósito de esta autorización es para permitir la investigación de tratamientos, entiendo que no será posible recibir tratamiento sin firmar esta forma.

Iniciales _____

c. Tengo entendido que un plan de salud puede condicionar inscripción o elegibilidad para beneficios con el firmar un descargo de archivos médicos fuera de psicoterapia antes de mi inscripción al plan. Sin embargo, una vez que estoy inscrito, el plan no podrá negarse a pagar mi atención, ajustar mi elegibilidad para beneficios o quitar me desde el plan si me niego a firmar una autorización.

Iniciales _____

Firma del Paciente o Representante

Date

Nombre escrito del Paciente o Representante del Paciente _____

Parentesco al paciente _____

Testigo Fecha

Children's Eye Institute, INC.

1246 E. Arrow Hwy., #A
Upland, CA 91786

7710 Limonite Ave., #101
Jurupa, CA 92509

14075 Hesperia Rd., #101
Victorville, CA 92395

Office: (909) 931-9675

Fax: (909) 931-3231

Toll Free 1(866) 516-8069

www.strabismus.net

Política de la Oficina

Fecha:

Nombre Del Paciente:

Fecha De Nacimiento:

POR FAVOR TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: ESTE ES UN RESUMEN DE LAS POLIZAS DE LA OFICINA CHILDREN'S EYE INSTITUTE, AL FIRMAR ABAJO USTED ACEPTA LOS TERMINOS DE ESTE CONTRATO.

1. Nosotros creemos que todos los pacientes merecen nuestra atención especial. Pacientes con problemas extremas, pacientes que no se presentan a su cita, dilataciones, emergencias, colaboración del paciente y la severidad de la condición del los ojos del paciente afecta nuestra habilidad de hacer citas eficientemente. La espera en esta oficina puede ser de 4 horas. Por favor traiga con usted juguetes/botanas/juegos/biberón para sus hijos.
2. **POR FAVOR TENGA EN CUENTA:** Algunos planes médicos no conceden pagos para citas perdidas. Sin embargo la ley federal requiere que pacientes de Medicare y CMS se traten igual. **Tenemos un cobro de \$75 para pacientes que no se presentan a su cita.** No es requerido por su plan médico ser visto en esta oficina. Al aceptar la cita en esta oficina **acepta** nuestra póliza, a pesar de su plan médico, estatal, federal o las pólizas de su seguro. De este modo si usted falla a su cita y no nos notifica dentro de 24 horas le cobraremos los \$75 por no llegar y para reprogramar su cita. Si usted siente que tiene una razón válida por no asistir a su cita y no nos notifico a tiempo puede escribir una carta con explicación entonces lo tomaremos en cuenta en decidiendo si aplicaremos el cobro de \$75 o no. Trataremos de recordarles de su cita antes de tiempo pero no siempre se puede contactar al paciente así que sigue siendo su responsabilidad mantener su cita a cancelar si es necesario. Por lo tanto es imprescindible que mantenga su información de contacto al día con nosotros. **Para pacientes que fallan una cita de cirugía sin razón válida resulta en un cobro de \$200.**
3. Es su responsabilidad mantener su información de contacto al día con nuestra oficina. Debe tener identificación válida en nuestro archivo y copia de su seguro medico actuales para ser visto. También se requiere un número de teléfono y dirección valida a cada cita y por lo menos un contacto de emergencia que no vive con usted.
4. Pacientes con un seguro de HMO necesitan una autorización valida con nuestros códigos para ser atendidos en nuestra oficina. Mientras nuestra oficina trata de obtener autorización es últimamente su responsabilidad como paciente (o padres) asegurarse que todo este hecho. Pacientes que se encuentran sin elegibilidad o sin tarjetas de seguros actuales o sin seguro **necesitan pagar por su visita cuando lleguen.**
5. Trataremos de cobrar su seguro por los servicios dados por nuestra oficina pero por favor debe entender que usted es responsable de pagar los co-pagos, deducibles y servicios no cubiertos por su seguro medico. En particular muchos de los planes médicos no cubren la receta de lentes el código siendo 92015 refracciones. Si su seguro medico niega pagar este servicio usted será responsable aunque ha sido cubierto en otra oficina. Tenga en cuenta que actualmente estamos cobrando \$70 para refracción (CPT código 92015). Descontaremos el cobro a \$35 si paga antes de que deje la oficina. Si no paga al salir de la oficina se cobrara a su plan de seguro medico. Si el seguro niega el cobro, usted es responsable de pagar los \$70 que incluye pagos administrativos. Se decide que va conseguir la receta de lentes en algún otro lado necesita notificarnos y a su plan médico para que su plan se encargue de su cuidado médico. Por favor tome en cuenta que no somos responsables de ceguera o de pérdida de visión permanente que puede ocurrir por obtener una receta fuera de nuestra oficina.

Children's Eye Institute, INC.

1246 E. Arrow Hwy., #A
Upland, CA 91786
Office: (909) 931-9675

7710 Limonite Ave., #101
Jurupa, CA 92509
Fax: (909) 931-3231

14075 Hesperia Rd., #101
Victorville, CA 92395
Toll Free 1(866) 516-8069 www.strabismus.net

Entiendo y acepto las condiciones indicadas anteriormente:

Firma del Paciente o Padres:

Fecha:

Testigo:

Fecha:

____ No estoy de acuerdo con las condiciones de arriba

[For Office Use Only]

____ Patient seen on a one time emergency basis, family informed of need to find non emergent care elsewhere.

____ Patients condition deemed non urgent/ emergent and sent/ referred to another provider.

____ Other _____

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:



1246 E. Arrow Hwy., Ste. A 7710 Limonite Ave., Ste. 101
Upland, CA 91786 Jurupa, CA 92509
Office (909) 931-9675 Fax (909) 931-3239
www.strabismus.net

14075 Hesperia Rd., Ste 101
Victorville, CA 92395
Toll Free (866) 516-8069

December 19, 2012

A refraction, which is checking for glasses or giving you a prescription for glasses, is a refractive exam (92015), and is NOT covered by many plans, including some medical providers. A refractive exam is often medically necessary to ensure you receive the highest quality of care that Children's Eye Institute can provide under AAPOS, (the American Academy Pediatric Ophthalmology and Strabismus) guidelines. If this service is performed and not covered or authorized for today's exam, you will be financially responsible for this non covered service. The fees are \$35-\$75, payable at the end of your visit today.

By signing you understand that this may be an uncovered service and you accept full financial responsibility.

Patient Name: _____ Date: _____

Parents or Guardian Signature: _____

Una refracción, que es control de lentes o dando una receta para lentes, es un examen refractivo (92015), y no está cubierto por muchos planes, entre ellos algunos proveedores de servicios médicos. Examen de refracción es a menudo necesaria desde el punto de vista médico para asegurarse de que recibe la más alta calidad de la atención que Children's Eye Institute puede proporcionar bajo los guías de AAPOS, (la Academia Norteamericana Oftalmología Pediátrica y Estrabismo). Si este servicio se realiza y que no estén cubiertos o autorizados para el examen de hoy, será financieramente responsable de este servicio. El costo es de \$35 a \$75, lo cual pagara al final de su visita de hoy.

Con la firma se entiende que este puede ser un servicio descubierto y acepta toda la responsabilidad financiera.

Nombre del Paciente: _____ • Fecha: _____

Firma de Los padres o el tutor legal: _____