



We specialize in caring for
your special eyes.

Eye Specialists of Mid-Florida Información del Paciente

INFORMACION DEL PACIENTE						
NOMBRE (Apellido, Primer, y (Segundo))		MRN	No. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	IDIOMA	SEXO
DIRECCION LOCAL		SEGUNDA DIRECCION/DE PAGO (Si aplica)			ETHNICIDAD	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	# TELEFONO DE CASA	CIUDAD, ESTADO CODIGO POSTAL (de 2nda direccion)	# TELEFONO (de 2nda direccion)		RAZA	
# TELEFONO CELULAR	CORREO ELECTRONICO		EMERGENCIA - NOMBRE DE CONTACTO		EMERGENCIA - No. DE TELEFONO	
DOCTOR PRIMARIO - NOMBRE			DOCTOR DE REFERENCIA			
EMPLEADOR PRINCIPAL			SEGUNDO EMPLEADOR (Si Aplica)			
DIRECCION			DIRECCION			
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			
# TELEFONO DEL TRABAJO			# TELEFONO DEL TRABAJO			
INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE (Si Diferente de arriba)						
NOMBRE (Apellido, Primer, y (Segundo))			# SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	IDIOMA	SEXO
DIRECCION LOCAL			SEGUNDA DIRECCION/DE PAGO (si aplica)			
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			
# TELEFONO DE CASA			# TELEFONO DE CASA			
RELACION CON EL PACIENTE						
SEGURO MEDICO - PRIMARIO						
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO			# DE LA POLIZA			
NOMBRE DEL ASEGURADO			GRUPO #			
DIRECCION DE COMPAÑIA DE SEGURO			CANTIDAD DE CO-PAGO \$			
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			DEDUCTIBLE \$			
RELACION CON EL PACIENTE			FECHA EFECTIVA	FECHA DE EXPIRACION		
SEGURO MEDICO - SECUNDARIO (Si Aplica)						
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO			# DE LA POLIZA			
NOMBRE DEL ASEGURADO		# SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO #		
DIRECCION DE COMPAÑIA DE SEGURO			CANTIDAD DE CO-PAGO \$			
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			DEDUCTIBLE \$			
RELACION CON EL PACIENTE			FECHA EFECTIVA	FECHA DE EXPIRACION		

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

FECHA

NOTICIA DE PRIVACIDAD

Eye Specialists of Mid-Florida, P.A. Esta noticia describe como la informacion medica sobre usted puede ser usada y revelada y como usted puede tener acceso a esta informacion. Por favor revise la cuidadosamente. Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de esta Noticia si la pide.

Actividades de Salud Pública: Como está requerido por la ley, nosotros podemos revelar estadísticas vitales, enfermedades, u otra información relacionada con los retiros de productos peligrosos e información similar a las autoridades de salud pública.

Supervisión de Salud: Se nos puede solicitar que divulguemos información para ayudar en investigaciones y auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

Procedimientos Judiciales y Administrativos:

Podemos divulgar información en respuesta a una citación u orden judicial apropiada.

Propósitos del cumplimiento de la Ley: Sujeto a ciertas restricciones, podemos divulgar la información requerida por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

Muertes: Podemos dar información sobre muertes a médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y agencias de donación de órganos.

Amenazas Graves para la Salud o la Seguridad:

Podemos usar y divulgar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona.

Funciones Militares y Especiales del Gobierno:

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información a instituciones correccionales o para propósitos de seguridad nacional.

Compensación Laboral: Podemos divulgar información sobre usted para Compensación a los trabajadores o programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En cualquier otra situación, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información de salud identificable sobre usted. Si elige firmar una autorización para divulgar información, puede revocar esa autorización más adelante para detener el uso y la divulgación futuras.

Derechos Individuales

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud. Por favor, póngase en contacto con la persona que figura a continuación para obtener el formulario adecuado para ejercer estos derechos.

Restricciones a Solicitud: Puede solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. No estamos obligados a aceptar tales restricciones; pero, si estamos de acuerdo, debemos cumplir esas restricciones. Además, si ha pagado su tratamiento de atención médica de su bolsillo y en su totalidad, y si solicita que limitemos la divulgación de su información a un plan de atención médica para fines de pago u operaciones de atención médica, respetaremos su solicitud.

Comunicaciones Confidenciales: Puede preguntarnos que nos comuniquemos con usted confidencialmente, por ejemplo, enviándole notificaciones a una dirección especial o no enviarle tarjeta de recordatorio para sus citas.

Inspección y Obtenga Copias: En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener una copia de su información de salud. Puede haber un pequeño cargo por las copias.

Información de Salud del Paciente

Según la ley federal, la información de salud de su paciente está protegida y es confidencial. La información de salud del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información de salud también incluye información de pago, facturación y seguro.

Como usamos su Información de Salud

Usamos su información médica para el tratamiento, para obtener pago y para las operaciones de atención médica, incluyendo fines administrativos y la evaluación de la calidad de atención que recibe. En algunas circunstancias, se nos puede pedir que usemos o divulguemos la información incluso sin su permiso.

Ejemplos de Tratamiento, Pago, y operaciones de Atención Médica.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras, los médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento registrarán la información en su registro y la utilizarán para determinar el curso de atención más apropiado. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención médica que participan en su tratamiento, a los farmacéuticos que están surtiendo sus recetas, y a los familiares que están ayudando con su atención.

Pago: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para fines de pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos obtener autorización de su compañía de seguros antes de proporcionar ciertos tipos de tratamiento. Presentaremos facturas y mantendremos registros de pagos de su plan de salud.

Operaciones de atención médica: Utilizaremos y divulgaremos su información de salud para llevar a cabo nuestras operaciones internas estándar, incluida la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento y para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares.

Usos especiales

Podemos utilizar su información para contactarlo con recordatorios de citas. También podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Otros Usos y Divulgaciones

Podemos usar o divulgar información de salud identificable sobre usted por otros motivos, incluso sin su consentimiento. Sujeto a ciertos requisitos, podemos divulgar información médica sin su permiso para los siguientes propósitos:

Requerido por la ley:

La ley nos puede exigir que informemos heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia, o lesiones y eventos similares.

Investigación: podemos usar o divulgar información para investigaciones médicas aprobadas.

Modificar Información: Si considera que la información de su registro es incorrecta o si falta información importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o añadamos la información faltante.

Contabilidad de Divulgaciones: Puede solicitar una lista de casos en los que hayamos divulgado su información de salud por motivos que no sean por tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Nuestro Deber Legal

La ley nos exige proteger y mantener la privacidad de su información de salud, proporcionar esta Notificación sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y atenernos a los términos de la Notificación actualmente en vigencia.

Cambios en las Prácticas de Privacidad

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro Aviso y publicaremos el nuevo Aviso en el área de espera y en cada sala de examen. También puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con las instalaciones que se detallan a continuación.

Quejas

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros, puede comunicarse con el Director del Centro en las instalaciones que se detallan a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. El Director del Centro le proporcionará la dirección adecuada a pedido. No será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

Información de Contacto

Si usted tiene alguna pregunta, petición o quejas, por favor contactenos:

Eye Specialists of Mid-Florida, P.A.
407 Avenue K, S.E.
Winter Haven, Florida 33880
(800) 282-3937

Fecha de Efectividad: February 17, 2010

Asignación de Beneficios de Seguro

El que firma abajo autoriza a EYE SPECIALISTS OF MID-FLORIDA, P.A. y a EYE SURGERY AND LASER CENTER, LLC, y sus médicos para solicitar beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos y para solicitar pagos de mis compañías de seguro que vayan directamente a EYE SPECIALISTS OF MID-FLORIDA, P.A. y EYE SURGERY AND LASER CENTER, LLC. y/o a los médicos. Yo certifico que la información que yo he reportado es correcta y yo autorizo a EYE SPECIALISTS OF MID-FLORIDA, P.A. y a EYE SURGERY AND LASER CENTER, LLC, divulgar cualquier información necesaria, incluyendo información medica para este o cualquier reclamo relacionado a las compañías de seguros a fin de determinar los beneficios a los que tengo derecho. Yo, tambien, por la presente asigno a EYE SPECIALISTS OF MID-FLORIDA, P.A. y a EYE SURGERY AND LASER CENTER, LLC, y sus médicos todos los pagos por servicios médicos prestados a mí y/o a mis dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos (incluyendo los equipos y/o suministros) no cubiertos por esta asignación (ya sea que estén o no pagados por dicho seguro).

Una copia de esta autorización es tan válida como la original. Esta asignación permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito.

Todos los copagos, servicios y deducibles no cubiertos tendrán que ser pagados al momento del servicio. El incumplimiento de mis obligaciones financieras puede dar lugar a que mi cuenta se envíe a una agencia de cobros con un cargo adicional de procesamiento de \$ 20.00 al saldo adeudado.

Información de Cargos de Refracción

Para determinar qué tan bien usted ve o si podría necesitar un cambio en su receta de anteojos, su médico puede ordenar una prueba de refracción. Sin una prueba de refracción no podemos prescribir o cambiar su receta de gafas. Una refracción es una prueba donde se presentan una serie de lentes al paciente para determinar cuál proporciona la visión más nítida y clara. Medicare y la mayoría de las otras compañías de seguros no pagan por la refracción. Las compañías de seguros comerciales y de Medicare requieren que le digamos que este es un servicio no cubierto. Usted será responsable de este cargo en el momento de su visita. No sugeriremos una refracción si no creemos que sea necesario.

Con frecuencia, es necesario realizar una refracción incluso cuando no se anticipe la compra de anteojos nuevos. Si ha habido una disminución en la visión como se observa en su examen de la vista, debemos determinar si un cambio en los lentes mejorará la visión. Una refracción es la única manera confiable de hacer esto. Si un cambio en las lentes mejora la visión, entonces puede decidir si compra o no lentes nuevos. Si un cambio en los anteojos no mejora la visión, entonces debemos buscar una razón alternativa para la disminución de la visión.

Por lo tanto, se puede requerir un examen médico. Si tiene un problema médico en los ojos, Medicare y la mayoría de las otras compañías de seguros pagarán la parte médica de su examen de la vista. La porción médica de su examen de la vista incluye el examen de la retina, chequeo de glaucoma, el chequeo de cataratas y otros controles de salud ocular.

- Entiendo lo anterior y acepto realizar el pago si mi seguro no cubre los servicios realizados durante mi visita.
- Sé que esta será la única notificación del documento anterior que recibiré. Este documento se convertirá en una parte permanente de mi record médico.

EYE SPECIALISTS OF MID-FLORIDA, P.A.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Con respecto a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), nuestros intentos de proteger el derecho a la privacidad de nuestros pacientes se encuentran a continuación. Al marcar la (s) casilla (s) correspondiente (s) con una (X) indica el grado en que se divulgará su información.

El paciente toma sus propias decisiones medicas Yes No

Poder legal completo (ingrese la información a continuación) Yes No **En Archivo** Yes No

() PACIENTE ES MENOR DE EDAD - Menor de 18:

Se requiere prueba de tutela a menos que el niño viva con ambos padres naturales

() Papeles de Divorcio () Papeles de Tutela () Papeles de Adopcion () Poder Legal

() No Dar ninguna información a nadie, solo a mi.

Los mensajes telefónicos pueden dejarse en el contestador automático del paciente / tutor relacionado a: () Citas

Poder a / Nombre: _____

Poder a / Nombre: _____

Relacion al Paciente: _____ Telefono _____
Tiene permiso a:

Relacion al Paciente: _____ Telefono _____
Tiene permiso a:

() Hacer Citas () Traer para las Citas y recibir informacion acerca de:

() Hacer Citas () Traer para las Citas y recibir informacion acerca de:

() Citas () Diagnosticos () Resultados de Examen

() Citas () Diagnosticos () Resultados de Examen

() Tratamiento () Finanzas - Solo Balance del paciente

() Tratamiento () Finanzas - Solo Balance del paciente

() Estado de Cuenta - Cualquier/Toda Informacion de finanzas

() Estado de Cuenta - Cualquier/Toda Informacion de finanzas

() Cualquiera/Todas las antes mencionadas

() Cualquiera/Todas las antes mencionadas

Doy mi consentimiento para la admisión de observadores calificados, que incluyen, entre otros, estudiantes de medicina en el entorno clínico para fines de educación médica. Entiendo que tales observadores no participarán de ninguna manera en mi diagnóstico o tratamiento. () Yes () No

Al firmar esto, reconozco que se me informó y recibí una copia de este folleto que contiene:

Aviso de Practica de Privacidad
Informacion de Cargos de Refraccion

Autorizacion del Paciente para la divulgacion de Informacion
Asignacion de Beneficios de Seguro

Esta asignación de información se mantendrá vigente hasta que sea revocada o modificada por mí por escrito.

Paciente / (Firma de la parte Responsable - **NECESITA PODER LEGAL**)

Testigo

Fecha

Etiqueta del paciente 11/18/2014

Testigo del personal que busca reconocimiento:

Firmado: _____
Si no esta firmado, razón porque no se obtuvo el reconocimiento:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____ Doctor de Referencia: _____

Tiene usted alguna alergias a medicamentos o comidas? SI NO

De ser asi, por favor liste los medicamentos: _____

Historia Pasada de la Salud Ocular:

HISTORIA OCULAR	SI	NO	DETALLES
Trauma Ocular			
Cataratas			
Degeneración Macular			
Desprendimiento de Retina/ Agujeros en la Retina			
Retinopatía Diabética			
Distrofia Corneal			
Degeneración de Celosía			
Síndrome del Ojo Seco			
Glaucoma			
Infeccion (Corneal Ulcer)			
Uveítis / Iritis			
Ojos Cruzados / Ojo Vago			
Daltonismo			

Por favor indique cualquier **Cirugía Ocular** que haya tenido: _____

Por favor indique cualquier **Gotas Ocular** que este usando (*prescripción y sin receta*): _____

Historial Social (*por favor circule*):

¿Bebes alcohol? No Si, ocasional Si, socialmente Si, 1 por día Si, 2-3 por día

¿Fuma? No Fumador anterior Si, algunos días Si, todos los días

¿Usas drogas ilegales drugs? No Si Drogas Utilizadas: _____

Por favor ver atrás

Historial anterior de estado de Salud Médica:

HISTORIAL MEDICO	SI	NO	NO SE	DETALLES
Enfermedad Pulmonar				
Alergias Estacionales				
Cálculos Renales				
Enfermedad del Riñón				
Diabetes				<i>How long? Last blood sugar reading? Last A1c?</i>
Alta Presión Arterial				
Enfermedad del Corazón				
Derrame Cerebral				
Cáncer				
Enfermedad de Tiroides				
Artritis				
Dolores de Cabeza				
Gota				
Enfermedad de la Piel				
Enfermedad Gastrointestinal				
Trastornos de la Sangre				
Esclerosis Múltiple				

Otras Enfermedades Graves/Hospitalizacions/Cirugias: _____

Medicamentos (no incluya gotas de los ojos): _____

Estado Actual de Salud Medica & Ocular (circule)

OJOS		RESPIRATORIO		SANGRE/Ganglios Linfáticos	
Cirugía Previa	Si No	Tos	Si No	Moratonos Facilmente	Si No
Lentes de Contacto	Si No	Congestión	Si No	Sangra-Encías facilmente	Si No
Dolor	Si No	Sibilancia	Si No	Sangrado Prolongado	Si No
Vision Double	Si No	Asma	Si No	Uso de Aspirina (pesada)	Si No
Glaucoma	Si No	GASTROINTESTINAL		Diabetes	Si No
Cataratas	Si No	Acidez Estomacal	Si No	MUSCULOESQUELETAL	
Degeneración Macular	Si No	Náuseas/Vómitos	Si No	Rigidez	Si No
Ojos Secos	Si No	Ictericia/Hepatitis	Si No	Artritis	Si No
Luces/Flóculos	Si No	Reflujo Acido	Si No	Dolor en las articulaciones	Si No
Vision Borrosa	Si No	GENITOURINARIO		PIEL	
OIDO, NARIZ & GARGANTA		Dolor/Dificultad	Si No	Sarpullido/Llagas	Si No
Problemas de Audicion	Si No	Sangre en la Orina	Si No	Lesiones	Si No
Zumbido en el Oido	Si No	Historia-Cálculos Renales	Si No	Irritación/Eczema	Si No
Vértigo	Si No	Historiay of STDS	Si No	NEUROLOGICO	
CARDIOVASCULAR		PSIQUIATRICO		Convulsiones	Si No
Dolor en el Pecho	Si No	Anxiedad/Depresión	Si No	Debilidad/Parálisis	Si No
Mareos	Si No	Cambios de Humor	Si No	Entumecimiento	Si No
Desmayos	Si No	Dificultad para Dormir	Si No	Temblores	Si No
Falta de Aliento	Si No	ENDOCRINO		IMMUNOLOGICO	
Latido irregular del Corazón	Si No	Aumento de Sed	Si No	Urticarias	Si No
Dificulad Acostarse Plano	Si No	Aumento de Hambre	Si No	Picazón	Si No
Hipertensión	Si No	Aumento de Orina	Si No	Nariz que Moquea	Si No
Colesterol Alto	Si No	Aumento de la Sudoracion	Si No	Presión en los Senos nasal	Si No
CONSTITUTIONAL		Cambios de Uñas	Si No		
Fatiga/Debilidad	Si No				
Fiebre	Si No				
Aumento/Perdida de Peso	Si No				

Has any member of your family had any of the following diseases? (Mother, father, grandparent, sibling)

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Degeneration Macular | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Enfermedad Retinal | <input type="checkbox"/> Ojo Vago |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial | |

Otro: _____

Historial Familiar Desconocido - Razón: _____

Gracias por proporcionarnos la informacion anterior, nos permitirá servirle mejor. Esperamos que disfrute su tiempo con nosotros hoy.