

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Segundo Nombre** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **SSN:** _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Indiferenciado ☐ Rechazar Especificar

Domocilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Teléfonos: Casa ☐: _____ Celular ☐: _____ Trabajo ☐: _____

**Marque el mayor metodo de contacto*

E-mail Dirección: _____

Empleado Por: _____ **Ocupación:** _____

Como eschucho de NVISION Eye Centers?

☐ Referido por Médico: _____ ☐ Familia/Amigo/Paciente – ¿El o ella a tenido cirujia refractivo? ☐ Si ☐ No

**El nombre y apellido*

☐ Internet

☐ Evento de Salud/Trabajo

** Relacion*

☐ Letrero

☐ Periódico/Revista/Anuncio

☐ Proveedor de Aseguransa

☐ Radio

☐ Otro: _____

Cuál de las siguientes opciones lo ha influenciado más para programar una cita con nosotros? _____

Doctor Primario (el nombre y apellido): _____ **Teléfono:** _____ **Ciudad:** _____

Optometrista (el nombre y apellido): _____ **Nombre de Clinica:** _____ **Ciudad:** _____

Su oculista le a explicado la cirugia refractiva? ☐ Si ☐ No

Lo referio a NVISION? ☐ Si – A cual cirugano lo referieron? _____

☐ No – A cual cirugano? _____

Su Farmacia: _____ **Teléfono:** _____ **Ciudad:** _____

Seguro Medico: Nombre: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del Suscriptor (si no es usted): _____ Fecha de Nacimiento del Subscriptor: _____

Seguro Secundario: Nombre: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del Suscriptor si no es usted): _____ Fecha de Nacimiento del Subscriptor: _____

Seguro de Vision: Nombre: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del Suscriptor (si no es usted): _____ Fecha de Nacimiento del Subscriptor: _____

Contacto de Emergencia/Designated Individuals Release: NVISION Eye Centers pueden divulgar a, o discutir mi información de salud personal (PHI) (excepto con respecto al tratamiento ☐, pago ☐, y/o las operaciones administrativas ☐), con los individuos enumerados abajo, verbalmente o por escrito. Entiendo que NVISION hará los mejores esfuerzos para verificar la identidad de las partes designadas antes de revelar la PHI. También entiendo que puedo cambiar cualquiera de la información de contacto de emergencia/personas designadas información de la versión en cualquier momento por escrito.

Nombre: _____ Relacion: _____ T#: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ T#: _____

Mi firma a continuación indica que la información proporcionada anteriormente es exacta y completa a lo mejor de mi capacidad, y que usted reconoce que se le informó del aviso de prácticas de privacidad (NPP) para NVISION. Nuestro NPP proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información protegida. Le animamos a leerlo en su totalidad. Nuestro NPP está sujeto a cambios. El aviso de privacidad está disponible en nuestro sitio web en www.nvisioncenters.com y en nuestra oficina. Puede solicitar una copia del NNP.

Firma del Paciente (si es mayor de 18) o el padre o tutor legal del paciente

Fecha

Si está firmada por el padre o tutor legal, escriba el nombre

Relacion

Su Nombre y Apellido: _____ **Fecha:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Indiferenciado ☐ Recharzar Especificar

Lentes/Lentes de Contacto (Por favor marque las casillas apropiadas abajo)

¿Actualmente usa lentes? ☐ No ☐ Si ¿Cuanto tiempo tiene con estos lentes? _____ ¿Que tipo? _____
 ¿Actualmente usas lentes de contacto? ☐ No ☐ Si ¿Por cuanto tiempo? _____ ¿Que tipo? _____
 ¿Alguna vez has probado lentes de contacto? ☐ No ☐ Si ¿Cuando fue la ultima vez? _____

Alergias (Médicos/Látex/ Anesthesia): ☐ No ☐ Si _____

Problemas Médicos Actuales:

*Si le corresponde, está actualmente o posiblemente embarazada? ☐ No ☐ Si | *Si le corresponde, está amamantando actualmente? ☐ No ☐ Si

Cirugías Anteriores:

Historia Familiar (M-Madre, P-Padre, HO-Hermano, HA-Hermana, AOM/AAM-Abuelo Materno/Abuela Materna, AOP/AAP-Abuelo Paterno/Abuela Paterna)

☐ Glaucoma _____ ☐ Diabetes _____ ☐ Desprendimiento de Retina _____ ☐ Hipertensión _____ ☐ Keratoconus _____
☐ Cancer _____ ☐ Daltonismo _____ ☐ Degeneración Macular _____ ☐ Otra _____

Historial Social (Por favor marque las casillas apropiadas abajo)

¿Maneja? ☐ No ☐ Si ¿Fumas tabaco? ☐ No ☐ Si ¿Con qué frecuencia? _____
 ¿Tomas cafeína? ☐ No ☐ Si ¿Fumas aparato electrónico? ☐ No ☐ Si ¿Con/sin Nicotina? _____
 ¿Que tipo y cuánto? _____ ¿Has intentado dejar de fumar? ☐ No ☐ Si
 ¿Tomas alcohol? ☐ No ☐ Si ¿Hace cuándo o cuánto tiempo? _____
 ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____ ¿Ha tenido una exposición pasiva de humo y/o vapeo? ☐ No ☐ Si

Medicamentos Actuales:

*Medicamentos no recetados por su medico ☐ No ☐ Si _____

Revisión de Síntomas: ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? (Por favor marque las casillas apropiadas abajo)

Alergias Ambientales	☐ No ☐ Si	Sed Excesiva	☐ No ☐ Si	Sarpullido	☐ No ☐ Si
Alergias Alimentarias	☐ No ☐ Si	Hambre Excesiva	☐ No ☐ Si	Dolor Articular	☐ No ☐ Si
Presión Torácica	☐ No ☐ Si	Pérdida de Audición	☐ No ☐ Si	Hinchazón Articular	☐ No ☐ Si
Malestar Torácico	☐ No ☐ Si	El Estreñimiento	☐ No ☐ Si	Debilidad Muscular	☐ No ☐ Si
Latidos Irregulares	☐ No ☐ Si	Diarrea	☐ No ☐ Si	Mareo	☐ No ☐ Si
Palpitaciones Cardíacas	☐ No ☐ Si	Vómitos	☐ No ☐ Si	Disturbio del Paso	☐ No ☐ Si
Fatiga	☐ No ☐ Si	Disuria (Micción Dolorosa)	☐ No ☐ Si	Dolor de Cabeza	☐ No ☐ Si
Fiebre	☐ No ☐ Si	Hematuria (Sangre en La Orina)	☐ No ☐ Si	Cambios Emocionales	☐ No ☐ Si
Sudores Nocturnos	☐ No ☐ Si	Micción Excesiva	☐ No ☐ Si	Tos	☐ No ☐ Si
Intolerancia Al Frío	☐ No ☐ Si	Moretones	☐ No ☐ Si	Ruidoso	☐ No ☐ Si
Intolerancia Al Calor	☐ No ☐ Si	Sangrado Fácil	☐ No ☐ Si	Otra: _____	

Historial del Ojo: Alguna vez has tenido o te han dicho que tienes: (Por favor marque las casillas apropiadas abajo)

☐ Cataratas	☐ Cirugía de Cataratas	☐ Infección por Herpes del Ojo	☐ Sensación de Cuerpo Extraño
☐ Glaucoma (Alta Presión Ocular)	☐ Cirugía Ocular Láser	☐ Erosión Córnea Recurrente	☐ Irritación o Sequedad
☐ Degeneración Macular	☐ Cirugía Pterygium	☐ Visión Borrosa o Doble	☐ Lagrimeo Excesivo o Riego
☐ Retinopatía Diabética	☐ Cirugía Córnea	☐ Brillo/Sensibilidad a La Luz	☐ Secreción Mucosa
☐ Destellos o Flotadores	☐ Cirugía de Párpados	☐ Visión Distorsionada/Halos	☐ Rojez
☐ Desgarro Retiniano/ Desprendimiento de Retina	☐ Lesión Ocular	☐ Pérdida de La Visión	☐ Párpados Caídos
☐ Keratoconus	☐ Ambliopia (Ojo Cruzado/Ojo Vajo)	☐ Dolor o Dolores Oculares	☐ Otra: _____

☐ Yo entiendo que hay posibilidad que me van a dilatar los ojos y posiblemente se me va a borrar la vista. Yo no voy a tratar de manejar hasta que este segura/o que las gotas se an disminuido. El efecto de las gotas duran aproximadamente una hora o mas.

Mi firma a continuación indica que la información proporcionada anteriormente es exacta y completa a lo mejor de mi capacidad.

Firma del Paciente (si es mayor de 18) o el padre o tutor legal del paciente

Fecha

Si está firmada por el padre o tutor legal, escriba el nombre

Relacion

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar abajo, usted:

- Reconozce que se le ha informado sobre las practicas de privacidad y la declaración de derechos del paciente.
- Reconozce que tiene acceso a las copias de estos documentos en la oficina.

Firma del Paciente

Fecha

¿Está completando este formulario para otra persona?

☐ Marque aquí si está firmando como representante personal y complete a continuación. A menos que usted sea el padre de un menor de edad, por favor adjunte una prueba documentada de que usted está actuando en nombre de esa persona (por ejemplo, poder notarial.)

Nombre impreso del representante personal del paciente

Fecha

Firma del representante personal del paciente

Relacion

Referencias disponibles en Internet:

www.hospitalconnect.com/aha/about/pbillofrights.html

www.isrs.org

Otra Referencias:

Sociedad interna para la cirugía refractiva posición papel sobre la co-gestión de la cirugía refractiva preoperatoria y cuidado postoperatorio, 2001 forma disponible www.isrs.org

AVISO A LOS CONSUMIDORES

Los Doctors son licenciados y regulados por:

Medical Board of California www.mbc.ca.gov

Oregon Medical Board www.oregon.gov/OMB

Nevada State Board of Medical Examiners www.medboard.nv.gov

Arizona Medical Board www.azmd.gov

POLITICA DE PAGO

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

POLITICA BÁSICA:

El pago por el servicio se debe en su totalidad en el momento de servicio se proporciona en nuestra oficina.

PACIENTES CON SEGURO:

LA CIRUGÍA LASIK/REFRACTIVA NO ES UN BENEFICIO CUBIERTO PARA LA MAYORÍA DE LOS PLANES DE SEGURO

Algunos tratamientos son facturables al seguro, mientras que otros no. Los doctores de NVISION son contratados con Medicare y seguros privados selectivos. Si usted tiene beneficios FUERA-DE-LA-RED y su proveedor de NVISION no está contratado con su transportista, el pago se vence en su totalidad en el momento del servicio. Si no estamos contratados con su compañía de seguros, usted tiene la capacidad de presentar una reclamación a su proveedor de seguros y NVISION le suministrará la información necesaria para hacerlo. NVISION no garantiza que su proveedor de seguro le reembolsará los servicios prestados. NVISION no se responsabiliza de las reclamaciones de seguros denegadas.

Para los pacientes de NVISION Eye Centers, le facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros si se nos proporciona el papeleo adecuado. También facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros secundarias por usted. Los copagos y deducibles se deben en el momento del servicio. Sólo podemos cobrar por honorarios de cirujano. Debe ponerse en contacto con la instalación donde se realiza la cirugía e informarles de las cuotas de la instalación de facturación, anestesia, etc. en su nombre. No podemos garantizar que la instalación esté en red con su compañía de seguros individual. Debe ponerse en contacto con la instalación antes de la cirugía para verificar que los servicios estarán cubiertos. Dado que su acuerdo con su seguro es privado, no investigamos rutinariamente por qué una compañía de seguros no ha pagado o por qué ha pagado menos de lo que participó para la atención. Si una compañía de seguros no ha pagado dentro de 60 días de facturación, los honorarios profesionales son adeudados y pagaderos por completo por usted.

SERVICIOS NO CUBIERTOS:

Cualquier cuidado no pagado por su cobertura de seguro existente requerirá el pago completo en el momento en que se proporcionan los servicios o al notificar la denegación de reclamo de seguro.

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS DEL SEGURO:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi (s) reclamo (es) de seguro. Autorizo y solicito el pago de beneficios médicos directamente a mis médicos. Acepto que esta autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que dicha autorización sea revocada por mí. Acepto que se puede utilizar una fotocopia de este formulario en lugar del original. Entiendo que soy financieramente responsable ante NVISION por los cargos incurridos.

¿Ha cumplido con su deducible para el año calendario?

¿Estás trabajando actualmente?

¿Está relacionado su accidente con lesiones?

¿Ha sostenido una lesión en el trabajo?

¿Alguna vez ha servido en el ejército?

¿Está cubierto por una póliza de empleador o de sindicato?

¿Está empleado su cónyuge u otro miembro de la familia?

¿Tiene una póliza de seguro secundaria?

¿Está cubierto por cualquier otro plan de salud?

☐ Si

☐ Si

☐ Si

☐ Si

☐ Si

☐ Si

☐ Si

☐ Si

☐ Si

☐ No

☐ No

☐ No

☐ No

☐ No

☐ No

☐ No

☐ No

☐ No

☐ No Estoy Seguro/a

**He leído, entiendo y acepto la política financiera anterior para el pago de honorarios profesionales.
Entiendo que soy responsable en última instancia de todos los honorarios profesionales.**

Firma del Paciente (si es mayor de 18) o el padre o tutor legal del paciente

Fecha

Si está firmada por el padre o tutor legal, escriba el nombre

Relacion