

Center For Sight

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Telefono de casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Telefono Celular: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Correo electronico: _____ Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Nacionalidad: Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Asiatico Afroamericano Isleno Pacifico

Contacto de emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Doctor primario: _____ Telefono: _____

Si el paciente es menor, Padre/Guardian Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relacion: _____ Telefono: _____ Licencia de Conducir: _____

Seguro Social: _____ Direccion: _____ Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

RECONOCIMIENTOS FINANCIEROS

Por favor inicie el reconocimiento a lo siguiente:

___ Entiendo que todos los copagos y deducibles se deben al momento del servicio.

___ He leído/recibido una copia del aviso de privacidad de el centro de vista.

___ Entiendo que hay un cargo de \$25 por citas perdidas.

___ Entiendo que mi seguro puede no cubrir todos los exámenes/servicios recomendados por centro de vista.

Si elijo tener estas pruebas/servicios, puedo ser responsable de pagar estas pruebas/servicios.

Paciente/Guardian Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION DE RECLAMACIONES

Solicito que el pago de los beneficios autorizados del seguro de salud (incluido Medicare) se haga en mi nombre al centro de vista por los servicios que recibí. Autorizo la divulgación de mi información médica a los servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes, toda la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se envía un formulario de reclamo, mi firma autoriza la divulgación de la información al asegurador o al organismo de la agencia. En los casos asignados a Medicare, el médico o proveedor acepta aceptar la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la aseguradora de determinación de cargo. También entiendo que Medicare no cubrirá la porción de refracción (medición de anteojos) del examen. Por lo tanto, acepto la responsabilidad de pago.

Paciente/Guardian Firma: _____ Fecha: _____

CENTER FOR SIGHT

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Medico de Atencion Primaria: _____
Teléfono celular: _____

Por favor complete las siguientes preguntas:

Usted usa gafas/anteojos? No Si Desde de ano? _____ Para Distancia/Cerca ?
Usted usa lentes de contactos? No Si

Historia del ojo del paciente (cirugias previas o enfermedades de los ojos): Ninguno

Medicamentos de ojo del paciente: Ninguno

Historial medico del paciente, incluyendo TODAS cirugias previas: Ninguno

Antecedentes familiares relativa: Si la respuesta es si, que relacion tiene con la paciente?

Hipertension:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Que Relacion: _____
Glaucoma:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Que Relacion: _____
Diabetes:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Que Relacion: _____
Degeneracion Macular:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Que Relacion: _____
Desprendimiento de Retina:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Que Relacion: _____
Daltonismo:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Que Relacion: _____
Orta enfermedad del ojo:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Que Relacion: _____

Estado de fumador: Nunca

Alergias a Medicamentos y reacciones: No hay alergias a medicamentos conocidas

Medicamentos, incluyendo medicamentos de venta y vitaminas/suplementos a base de hierba:

Glicemia (si se conoce): _____ Ultima fecha tomada: _____
Hemoglobina A1C: _____ Ultima fecha tomada: _____

CENTER FOR SIGHT

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Por favor marca Si o No; Si marca si, circulo todos los que aplican a usted:

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Constitucional (salud general): fiebre, fatiga, sudoracion nocturna, aumento/perdida de peso, insomnio, debilidad. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Oreja/Nariz/Garganta: dolores/zumbido de la oreja, perdida de audicion, congestion nasal, hemorragias nasales, problemas nasales, dolor de garganta, vertigo. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Respiratorio (pulmones): asma, sangre cuando toce, toz, problemas para respirar, exposicion a la tuberculosis, respiracion sibilante. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cardiovascular (corazon): dolor en la pantorrilla cuando hace ejercicio, dolor o presion en el pecho, hipertension (presion alta), latido irregular/rapido, inflamacion de las piernas, palpitaciones, dificultad para respirar cuando hace esfuerzo. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Gastrointestinal (estomago): aumento/disminucion de apetito, intolerancia de los alimentos, ardor de estomago, ictericia, dificultad para comer. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Genitourinario (tracto urinario): sangre en la orina, dolor al orinar, urgencia urinaria, flujo. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Integumentario (piel): cambio abnormal de lesion, cambio abnormal de las unas o pelo, acne irritacion en la piel, cancer en la piel llagas, verrugas, urticaria. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Endocrino (glandulas): diabetes, hipo/hiper tiroide, aumento de sed, abultamiento de los ojos, intolerancia de frio/calor, masa en el frente del cuello. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Neurologico (nervios): problemas con equilibrio/memoria, mareo, desmayo, vertigo, dolores de cabeza, debilidad, convulsiones, entumecimiento de las extremidades, temblores, hormigueo. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Psicologico: depresion/ansiedad, pesadillas frecuentes, alucinaciones, bajo estado de animo, nerviosismo. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Musculoesqueletico (muskulos/huesos): dolor de articulacion/espalda/musculo, rigidez/debilidad, calambres nocturnos, facil de quebrar. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Hematologia/Linfatico (sangre): anemia, sangrado, transfusion de sangre, moretones, sensibilidad o ganglios linfaaticos hinchados. Otro: _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Inmunologica (sistema inmune): alergias estacionales, fiebre de heno, lupus, artritis, o artritis reumatica. Otro: _____

Paciente/Guardián Firma: _____ Fecha: _____

HIPAA Noticia de Practicas de Privacidad

Center for Sight of Stockton
1805 N. California Street, Suite 101
Stockton, CA 95204
(209) 948-5515

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO PUEDE SER REVELADA Y UTILIZADA SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR LEALO CUIDADOSAMENTE.

Este anuncio de Privacidad en las practicas describe como nosotros podemos usar y revelar la información protegida referente a su salud, para fines de tratamiento, pago, operaciones del sistema de salud y otros propósitos contemplados y autorizados por la ley. También describe sus derechos al acceso y control de su información protegida de salud, la cual esta definida como toda aquella información incluyendo la demográfica, que puede identificarlo a usted y se relaciona con su pasado, presente y futuro estado fisico o mental, o alguna condición relacionada con su salud.

1. Uso y revelación de la información protegida de salud

Uso y revelación de la información protegida de salud

Y su información medica puede ser usada y revelada por su medico, nuestro personal medico y administrativo y otros afuera de este establecimiento quienes estén relacionados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle servicios de salud, pagar sus cuentas medicas, brindar apoyo a su tratamiento y cualquier otro uso relacionado requerido por la ley.

Tratamiento: Nosotros usaremos y revelaremos su información de salud con fines de proveer, coordinar o administrar su cuidado medico y todos los servicios relacionados con el, lo cual puede incluir coordinación y arreglos con terceros. Por ejemplo, su información puede ser entregada a un medico al que usted haya sido remitido para asegurar que tenga información suficiente para realizar un diagnostico adecuado.

Pago: Su información de salud será usada, cuando sea necesario, para obtener el pago de los servicios de salud que se le han brindado. Por ejemplo, obtener la autorización de una hospitalización puede requerir que su información de salud sea revelada a su plan de salud para obtener la admisión en el hospital.

Operaciones de Salud: Nosotros podemos usar o revelar su información de salud con el fin de mejorar las actividades de nuestro negocio o las practicas del medico que lo esta atendiendo. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, calidad de las actividades, revisión del personal, entrenamiento de estudiantes del área de salud, obtención de licencias y coordinación de otras actividades del negocio. Por ejemplo, nosotros podemos revelar su información de salud a estudiantes de medicina que vean pacientes en nuestras instalaciones. Además, podemos usar una hoja de registro de ingreso en la cual se le solicite su firma y el nombre de su medico. También, podemos llamarle por su nombre en la sala de espera, cuando su medico este listo para realizar su chequeo. Nosotros podemos usar o revelar su información de salud si es necesario, al contactarlo para recordarle sus citas medicas.

Podemos usar o revelar su información de salud sin autorización en los siguientes casos: Cuando es requerida por la ley, situaciones de salud publica requeridas por la ley, divulgación de enfermedades, descuidos de salud, abuso o negligencia, requerimiento de la Administración de Alimentos y Drogas, procedimientos legales, aplicación de la ley, investigadores, directores funerarios e Investigaciones de donación de órganos, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, compensación de trabajadores, hospitalizaciones, reclusiones

Revelaciones y usos requeridos: Bajo la ley, nosotros podemos revelar su información medica usted y cuando sea requerido por la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requerimientos de la Sección 164.500.

Otro usos y revelaciones permitidos y requeridos serán realizados únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar a menos que sean requeridos por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto de lo relacionado con su médico y las prácticas que realice relacionadas con el uso y revelaciones indicados anteriormente.

Sus derechos

A continuación se establecen sus derechos de respeto a su información protegida de salud

Usted tiene derecho a revisar y copiar su información protegida de salud. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede revisar o copiar los siguientes registros: notas psicoterapéuticas, información recopilada con el fin de ser usada en acciones o procedimientos civiles, criminales e información que por ley esta protegida de ser divulgada.

Usted tiene derecho a solicitar una restricción de la divulgación de su información protegida de salud. Esto significa que usted puede solicitar que no use o revele su información con fines de tratamiento, pago u operaciones de salud. Usted puede requerir también que su información de salud no sea revelada a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para efectos de notificación como se ha descrito anteriormente. Su solicitud debe establecer específicamente la restricción requerida y a quien quiere usted que aplique la misma.

Su médico puede no estar de acuerdo con la restricción solicitada. En caso que el médico crea que es de mejor interés para usted la divulgación de la información, la restricción no aplicara. Entonces, usted tiene derecho a buscar un nuevo profesional para su atención de salud.

Usted tiene derecho a solicitarnos comunicaciones confidenciales de nosotros por diferentes medios o lugares alternativos. Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este documento de parte de nosotros, si lo requiere, aun si usted ha estado de acuerdo con el, por ejemplo vía Internet.

Usted tiene derecho de pedir a su doctor la corrección de su información protegida de salud. Si nosotros negamos esa petición, usted tiene derecho a manifestar su desacuerdo por escrito y nosotros podemos preparar una respuesta con los motivos de nuestra negativa.

Usted tiene derecho a ser informado de ciertas revelaciones de su información protegida de salud que havamos hecho, si es el caso.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este documento y le informaremos por correo cualquier cambio efectuado. Usted entonces tendrá el derecho de objetarlo o autorizarlo por escrito.

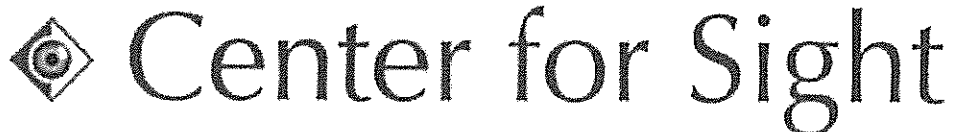
Quejas

Usted puede quejarse con nosotros o la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede hacernos un reclamo notificando a nuestro encargado de privacidad su queja. Nosotros no tomaremos medidas en contra suya por hacer un reclamo.

Este aviso ha sido publicado y se hace efectivo desde el 14 de Abril de 2003.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información, e informar a las personas nuestras obligaciones y practicas para mantener la privacidad de la información de salud. Si usted tiene alguna objeción a este documento, por favor comuníquese con nuestro oficial de cumplimiento de HIPPA en persona o vía telefónica al teléfono (209) 948-5515.

La firma siguiente es solamente para establecer que usted ha sido informado de nuestras practicas de privacidad:



I _____ (Parent/Legal Guardian) of _____ (Child's Name)
consent to have _____ (Name) _____ (Relationship)
accompany and discuss any type of medical care for my child.

This consent is effective from: _____ to _____

Parent/Legal Guardian Name: _____

Signature: _____ Date: _____