

¡Bienvenidos a Atlantis Eyecare! Gracias por elegirnos para su cuidado completo de necesidades de ojos. El siguiente paquete ha sido proveído para ayudarle a prepararse para su próxima visita. Con el fin de recibir el cuidado más efectivo, le pedimos que traiga con usted lo siguiente a su cita inicial.

- Formularios adjuntos completos
- Tarjetas de aseguranza medica y visión
- Licencia de manejar u otra forma de identificación de fotografía
- Lista completa de medicamentos actuales; dosis y frecuencia
- Receta de anteojos o contactos actual (caja de lentes de contacto)
- (Si) usted está siendo referido a nosotros por otro oftalmólogo favor de traer su archivo medico
- (Si) usted requiere cualquier tipo de asistencia especial favor de contactar nuestra oficina antes de su visita

Citas de pacientes nuevos toman de 1 a 2 horas. Como parte del examen profundo de paciente nuevo sus ojos pueden ser dilatados. Dilatación típicamente permanece por 3-6 horas después de su examinación. Durante este tiempo su visión cercana será comprometida y usted experimentara sensibilidad a la luz. Por lo tanto, antes de dejar nuestras instalaciones nosotros le proporcionaremos con lentes del sol desechables. La mayoría de las personas pueden manejar después de la dilatación, pero usted puede traer un conductor si usted ha experimentado problemas al manejar en el pasado, o si sus ojos nunca han sido dilatados.

Si su aseguranza requiere un formulario de referencia de su Medico de Cuidado Primario, favor de llamar su oficina para obtener una referencia antes de su cita. El fracasar en obtener una referencia puede retrasar su cita. Todos los co-pagos y cualquier servicio adicional no cubierto por su aseguranza serán coleccionados al tiempo de su cita.

Favor de llamar a su aseguranza si tiene cualquier pregunta sobre su cobertura. Usted será responsable de cualquier cuota no cubierto por su aseguranza.

Nota Por Favor: Para todos los pacientes menores de 18 años, un padre o tutor legal debe de acompañarlo a él o ella.

Lo anímanos a que visite nuestra página web al www.atlantiseyecare.com donde usted encontrara videos educativos, preguntas hechas comúnmente, y mucho más.

Para hacer su experiencia con Atlantis Eyecare lo más eficiente posible, le pedimos que complete las formas adjuntas antes de su llegada. Si usted tiene cualquier pregunta para nosotros antes de su visita, por favor no dude en llamarnos. Esperamos conocerlo pronto.

Sinceramente,

Los médicos y personal de Atlantis Eyecare



ATLANTIS EYECARE

ANAHEIM

947 S. Anaheim Blvd., Suite 120, Anaheim, CA 92805

Teléfono: (714) 991-4100

*Horario de Examen de Detección de Retina Diabética sin cita,
Lunes-Viernes 8:30-11:30 am & 1:30-4:20 pm



SANTA ANA

1595 E. 17 St., Santa Ana, CA 92705

Teléfono: (714) 984-0788

*Detección de Retina Diabética Solo con Cita Previa



HUNTINGTON BEACH EYE CLINIC & RESEARCH

7677 Center Ave., Suite 301, Huntington Beach, CA 92647

Teléfono: (714) 901-2007

*Horario de Examen de Detección de Retina Diabética sin cita,
Lunes-Viernes 8:30-11:30 am & 1:30-4:20 pm



NEWPORT BEACH

361 Hospital Rd., Suite 425, Newport Beach, CA 92663

Teléfono: (949) 642-3100



LAGUNA HILLS

23521 Paseo de Valencia, Suite 305, Laguna Hills, CA 92653

Teléfono: (949) 581-1770

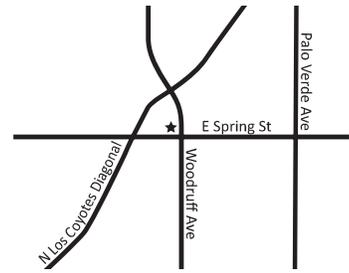


LONG BEACH

5991 E. Spring St., Long Beach, CA 90808

Teléfono: (562) 938-9945

*Horario de Examen de Detección de Retina Diabética sin cita,
Lunes-Viernes 8:30-11:30 am & 1:30-4:20 pm

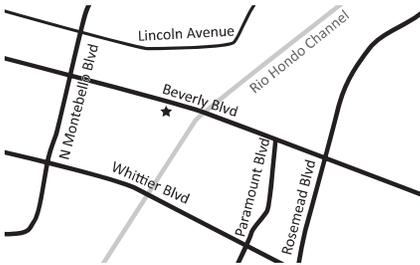


MONTEBELLO

229 E. Beverly Blvd., Montebello, CA 90640

Teléfono: (323) 728-7998

Clinica 2do Piso & Centro de Cirugía 1er Piso

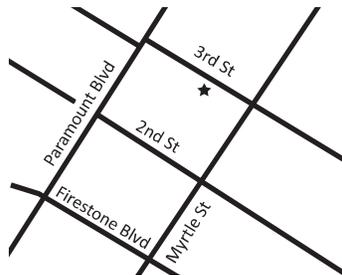


DOWNEY

8028 3rd St., Downey, CA 90241

Teléfono: (562) 622-8700

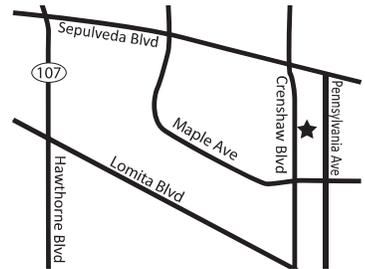
*Horario de Examen de Detección de Retina Diabética sin cita,
Lunes-Viernes 8:30-11:30 am & 1:30-4:20 pm



TORRANCE

23000 Crenshaw Blvd., Suite 100, Torrance, CA 90505

Teléfono: (310) 803-9633



LOS ANGELES

231 W. Vernon Ave., Suite 104, Los Angeles, CA 90037

Teléfono: (310) 819-9500

*Estacionamiento en la parte trasera del edificio en 43 Place

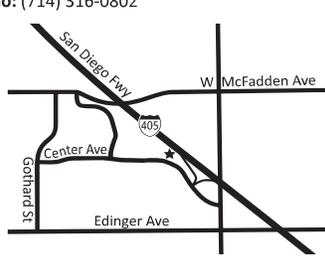


HUNTINGTON BEACH LASER VISION CENTER

7677 Center Ave., Suites 102, Huntington Beach, CA 92647

*Horario de Examen de Detección de Retina Diabética sin cita,
Lunes-Viernes 8:30-11:30 am & 1:30-4:20 pm

Teléfono: (714) 316-0802



FORMULARIO DE INFORMACIÓN MEDICA



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Usted usa anteojos o lentes de contacto? Si No ¿Si es si, Por cuanto tiempo? _____

Por favor ✓ si alguno de los siguientes aplican a usted y la fecha cuanto primero ocurrió:

PROBLEMAS MEDICOS

Condición	Por favor ✓	Fecha	Condición	Por favor ✓	Fecha
Alzhéimer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Sarcoidosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Asma/COPD/Bronquitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Cáncer – tipo _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Ataques	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Diabetes – tipo _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Sífilis/Gonorrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Otros Problemas Médicos (Favor de listar)		
Lesión en la Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
VIH Positivo/SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Lupus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Migraña	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		

HISTORIAL QUIRÚRGICO

¿Ha tenido usted cirugía general ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido usted cirugía de ojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																														
Favor de listar:	Favor de listar (incluirla cirugía de laser o parpado):																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cirugía</th> <th>Fecha</th> <th>Cirujano/Hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Cirugía	Fecha	Cirujano/Hospital	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cirugía</th> <th>Fecha</th> <th>Cirujano/Hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Cirugía	Fecha	Cirujano/Hospital	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cirugía	Fecha	Cirujano/Hospital																													
_____	_____	_____																													
_____	_____	_____																													
_____	_____	_____																													
_____	_____	_____																													
Cirugía	Fecha	Cirujano/Hospital																													
_____	_____	_____																													
_____	_____	_____																													
_____	_____	_____																													
_____	_____	_____																													

MEDICAMENTOS (Favor de Listar)

Nombre	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Es alérgico a algún medicamento, anodiné, látex o anestesia?
 Si No Si es **si**, favor de listar abajo:

¿Usted requiere antibióticos antes de trabajo dental o cirugía?
 Si No

PROBLEMAS MEDICOS DE FAMILIA

Algún miembro familiar tiene:	Favor ✓	Pariente
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Ambliopía/Estrabismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Otro (Listar): _____		

HISTORIAL SOCIAL

¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted toma alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted toma cafeína?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted usa drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Esto es para certificar, yo el abajo firmante, consentimiento a exanimación y tratamiento. Esta información y cualquier fotografía pueden ser usadas para ciencia y propósitos educacionales. Yo por lo presente autorizo a Atlantis Eyecare de dar información a mi portador de aseguranza, empleador, medico refiriendo, u otro médico acerca de mi tratamiento y/o enfermedad. Yo transfiero asignación de todos mis beneficios de aseguranzas a Atlantis Eyecare por servicios, tratamiento, suministros o cirugías proveídas por médicos o personal. Yo entiendo que **YO SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD QUE MI ASEGURANZA NO CUBRA.**

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Revisión Médica de Sistemas



Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿USTED ACTUALMENTE TIENE ALGUN PROBLEMA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AREAS?

Marque Solamente las Cajas que son Si. No es necesario marcar las cajas que es NO

OJOS	
Pérdida de Visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Perdida de Visión de Lado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Distorsionada o Halos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Fluctuante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Parpadeos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Flotadores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Doble	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cruzando o Derivando lo Ojos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Descarga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensación de Cuerpo Extraño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensación Arenosa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sequedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comezón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ardor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lagrimo Excesivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Brillo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Orzuelo (Grano en el Ojo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	
CONSTITUCIONAL	
Fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aumento de Peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PIEL	
Erupciones o cambios en color de Piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comezón o Sequedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cambio en las Unas o Pelo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

OIDOS, NARIZ, BOCA & GARGANTA	
Dificultad para escuchar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Zumbido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vértigo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Congestión Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nariz con Moqueo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Goteo Post-Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hemorragia Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sequedad de Garganta/Boca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ronquera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Claudicación de Mandíbula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CARDIOVASCULAR	
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	
RESPIRATORIO	
Toz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
GASTROINTESTINAL	
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vomito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Acidez	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nausea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
GENITO-URINARIO	
Frecuencia para Orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor o Ardor al Orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hombres	
Secreción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesión o Masas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mujeres	
Actualmente Embarazada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Masas en el Seno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Secreción de Seno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado Vaginal/Secreción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

MUSCULOESQUELETAL	
Dolor de Articulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de Articulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de Musculo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Calambre de Musculo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
NEUROLÓGICO	
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Adormecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hormigueo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Debilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Parálisis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desmayo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pérdida de Conocimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PSIQUIÁTRICO	
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	
ENDOCRINO	
Intolerancia a el calor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Intolerancia al Frio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hambre Excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
HEMATOLOGÍA	
Hematomas Fácil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado Fácil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de Ganglios Linfáticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ALERGIAS	
Alergias Estacionales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Notas/Comentarios Adicionales:

Formulario de Registración de Paciente



INFORMACIÓN DE PACIENTE:

Apellido:		Nombre:		Inicial:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa:			No. Celular:			
Correo Electrónico:			Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	No. Seguro Social:	
Ocupación:		Empleador:		Numero de Empleador:		
Dirección de Empleador:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a			Nombre de Conyugue:			
Fecha de Nacimiento de Conyugue:	No. Seguro Social de Conyugue:		Empleador de Conyugue:		No. de Teléfono:	

FAVOR DE COMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O UN COLEGIO DE ESTUDIANTE:

Apellido de Padre:		Nombre de Padre:		Inicial:	Fecha de Nacimiento de Padre:	
Empleador de Padre:			No. de Teléfono de Empleador de Padre:			
Dirección de Empleador de Padre:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Dirección de Padre:		No. Celular de Padre:		No. Seguro Social de Padre:		
Apellido de Madre:		Nombre de Madre:		Inicial:	Fecha de Nacimiento de Madre:	
Empleador de Madre:			No. de Teléfono de Empleador de Madre:			
Dirección de Empleador de Madre:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Dirección de Madre:		No. Celular de Madre:		No. Seguro Social de Madre:		

INFORMACIÓN DE REFERENCIA:

Nombre de Médico de Familia:	Nombre de Oftalmólogo:
¿Usted fue referido aquí hoy por cualquiera de sus médicos? ¿Si es así, quién?:	

PACIENTES DE MEDICARE QUE TIENEN PARTE B:

Numero de Medicare:	Fecha de Vigencia:
1. ¿Usted o su conyugue trabajan para una compañía que provee con aseguranza medica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Usted tiene derecho a Medicare por discapacidad o Enfermedad Renal de Etapa Final?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿La enfermedad o lesión es resultado de un accidente automovilístico u otra lesión?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿El tratamiento para el accidente o enfermedad ha sido autorizado por la Administración de Veterano?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Usted tiene derecho a cualquier beneficio bajo el Programa Federal de Pulmón Negro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre de Aseguranza:	Numero de ID:
Empleador:	Numero de Grupo:
Quien es el suscriptor:	¿Usted necesita una referencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de Nacimiento de Suscriptor:	No. de Seguro Social de Suscriptor:

ASEGURANZA SECONDARIA

Nombre de Aseguranza:	Numero de ID:
Empleador:	Numero de Grupo:
Quien es el suscriptor:	¿Usted necesita una referencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de Nacimiento de Suscriptor:	No. de Seguro Social de Suscriptor:

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR O ASEGURANZA DE AUTÓMOVIL:

¿A dónde se debe mandar la factura?	Numero de Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Numero de Reclamo o Política:	Fecha de Lesión:		

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Hacemos las siguientes preguntas con el propósito de recopilar información solamente. Las repuestas no tienen relación al cuidado del paciente.

1. ¿Usted se considera Hispano o Latino? (ver definición abajo):

- Si No

(Hispano o Latino – una persona Mexicano, Puerto Riqueño, Americano Sur o Central o otra cultura o origen de Español, sin importar la raza. El término “Origen Español” puede ser usado en adición a “Hispano o Latino”)

2. ¿Qué raza se considera ser usted? (si es mas de una raza, seleccione todas las que aplican).

- Indio Americano o Nativo de Alaska** *(una persona que tiene origen a cualquier persona original del Norte, Centro o Sur América, y cual mantiene afiliaciones tribales o atadura a la comunidad)*
- Asiático** *(una persona que tiene origen en cualquiera de las personas del Lejos Este, Sureste Asia o subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Korea, Malaysia, Pakistán, las Islas Filipinas)*
- Negro o Afro-Americano** *(una persona que tiene origen en cualquier grupo racial negro de África. Términos como “Haitiano” o “Negro” puede ser usado en adición a “Negro” o “Afro-Americano”)*
- Nativo de Hawaii o otra Isla Pacífica** *(una persona que tiene origen en cualquiera de las personas originales de Hawaii, Guam, Samoa o otra Isla Pacífica)*
- Blanco** *(una persona que tiene origen en cualquier persona original de Europa, el Medio Este o Norte de Africa)*
- Inseguro**

NUEVAS REGULACIONES DE PRIVACIDAD PRAS

La ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Asegurancia de Salud de 1996, autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de adoptar nuevas reglas para proteger la privacidad del paciente.

Por lo tanto notificación es presentada que la oficina de Atlantis Eyecare no liberara información personal a cualquier persona sobre usted o de cualquier miembro de familia (ej. nombre, dirección, número de seguro social, también como otra información de salud) sin permiso. Su información nunca será vendida, o registrada con el propósito de mercadotecnia, solicitud o recaudación de fondos.

Sin embargo es comprendido, que dentro del la actividad de hacer negocios y para propósitos de cuidado de paciente general, su información personal será necesaria y usado en el siguiente contexto.

- Registración de Paciente
- Obtener archivos médicos de médicos anteriores
- Conversar con colegas para opiniones/cuidado
- Asegurancia: verificación, facturación, papel and cable (incluye transmisión de fax), seguimiento de compañía de Asegurancia o interacción con servicios de facturación relacionados al cuidado del paciente
- Proceder con colección de facturas no pagadas
- Trabajadores de hospital, enfermeras, ayudantes, y departamento de archivos médicos
- Oficiales de emergencia, Paramédicos, Personal de Bomberos, médicos de sala de emergencia, enfermeras y técnicos
- Designado personal de religión
- Farmacéutico, personal/trabajadores de programa de drogas
- Completar formulario de discapacidad
- Computadora y información guardada electrónicamente (ej. vendedores relacionados al negocio y personas de servicio)

YO AUTORIZO LA DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN NECESARIA

Imprimir Nombre

Firma de Paciente o Representante

Fecha

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorización de Paciente para Divulgación de Información de Salud Protegida Formulario 7.31

Esta autorización permite a los proveedores de salud nombrados abajo a liberar archivos de información médica confidencial.

Nota: Información y archivos acerca de tratamiento a menores de edad, condiciones de salud mental/psiquiátrica de VIH o abuso de alcohol/sustancias tienen reglas especiales que requieren autorización específica.

Favor de imprimir toda la información. La forma debe de estar firmada y fechada cada año.

AUTORIZACION:

Yo por lo presente autorizo: _____ que libere información acerca de mi historial médico,
Medico/Nombre de Instalación Medica

enfermedad o lesión, consultación, recetas, tratamientos, diagnósticos y pronósticos, incluyendo rayos-x, correspondencia y/o archivos médicos incluyendo esos de otros proveedores de salud cual el proveedor nombrado anteriormente pueda tener, por medio de correo, fax, u otro método electrónico.

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Entidad Solicitando la Liberación de Información:

Propósito de solicitud (quien será autorizado para recibir información) - Yo autorizo a la entidad identificada anteriormente para divulgar y proveer información de salud protegida sobre mí a los individuos nombrados abajo.

Quien será autorizado para recibir información (listar los individuos/entidad cual recibirá su ISP):

Nombre de Individuo/Entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Descripción de información para ser divulgada - Yo autorizo a práctica para liberar información de salud protegida sobre mí a la entidad, persona, o personas identificadas anteriormente.

El archivo medico completo; o, marcar solamente los artículos del archivo para ser divulgados:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de Oficina | <input type="checkbox"/> archivos de un medico de fuera |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> archivo de prueba de VIH o enfermedad transmisible |
| <input type="checkbox"/> Rayos - X; | <input type="checkbox"/> archivo de salud mental o reporte de patología de abuso de substancia |
| <input type="checkbox"/> Reporte de historial financiero (solamente 3 años previos). | |
| <input type="checkbox"/> Solamente mandar lo siguiente: _____ | |

Propósito de divulgación (favor de marcar el propósito de la divulgación o marcar solicitud de paciente):

Solicitud de Paciente Otro (favor de especificar): _____

- Esta autorización caducará al terminar el año de la última firma abajo, a menos que especifique una terminación temprana. Usted debe renovar o presentar una nueva autorización después de la fecha de terminación para continuar la autorización. Favor de indicar la fecha si es antes de terminar el año: _____
- Usted tiene el derecho de terminar esta autorización a cualquier momento sometiendo una solicitud por escrito a nuestro Gerente de Privacidad. Terminación de esta autorización será puesta en efecto a partir de la solicitud por escrito, excepto donde la divulgación ya ha sido hecha basada en la autorización previa.
- La práctica no pone ninguna condición para firmar esta autorización para recibir cuidado de salud o tratamiento.
- Nosotros no tenemos ningún control sobre las personas que usted a nombrado para recibir su información de salud protegida. Por lo tanto, su información de salud protegida bajo esta autorización puede no estar protegida bajo los requerimientos de la Regla de Privacidad, y no serán responsabilidad de la práctica.

Firma de Paciente o Representante

Fecha

Usted tiene el derecho de recibir una copia de su autorización firmada a petición.

ESTILO DE VIDA CUESTIONARIO DE VISIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Reconocemos que sus ojos son muy importantes para usted. Nos gustaría saber como usted usa sus ojos en base diaria. Junto con su examen de los ojos, esta información ayudara en asistarnos en recomendar la mejor opción para sus ojos y su estilo de vida personal de visión.

- ¿Usa anteojos ahora? No Si
 ¿Si es si, que tan frecuente? Todo el tiempo A Veces
 Solamente para distancia Solamente para leer Solamente para la computadora
- ¿Qué tan importante es para usted ver para leer o usar su computadora sin lentes?
 Muy importante Importante Algo Importante No Importante
- ¿Si fuera posible andar sin anteojos la mayoría del tiempo, le gustaría a usted?
 No Si
- Cuantas horas al día usted: ¿Lee? _____ hrs ¿Usa la computadora? _____ hrs
- ¿Usted maneja por la noche? Socialmente Ocasionalmente Frecuentemente

Marcar las siguientes actividades que hace regularmente:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leer libros | <input type="checkbox"/> Jugar Cartas/Dóminos | <input type="checkbox"/> Manejar de día |
| <input type="checkbox"/> Leer botes de Medicina | <input type="checkbox"/> Pintar/Artista | <input type="checkbox"/> Manejar de noche |
| <input type="checkbox"/> Encaje de aguja/Croché | <input type="checkbox"/> Cocinar | <input type="checkbox"/> Golf |
| <input type="checkbox"/> Comer en Restaurante | <input type="checkbox"/> Músico | <input type="checkbox"/> Casería/Pescar |
| <input type="checkbox"/> De compras | <input type="checkbox"/> Computadora/Tableta | <input type="checkbox"/> Ciclismo/Caminar |
| <input type="checkbox"/> Fotografía | <input type="checkbox"/> Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Tenis |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Deportes de Masas |