

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ EDAD _____

SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____ F ___ M ___ SOLTERO/A _____ CASADO/A _____ VIUDO/A _____ DIV. _____

DOMICILIO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

LUGAR DE EMPLEO _____ OCUPACION _____

DOMICILIO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ NUMERO DE TELEFONO _____

PERTENESE USTED A ALGUN PLAN HMO O PROGRAMA MEDICO PRE - PAGADO

SI ___ NO ___

PRIMER SEGURO MEDICO

PERSONA RESPONSABLE _____ NUMERO DE IDENTIFICACION _____

NOMBRE DE ASEGURANZA _____ TELEFONO _____

DOMICILIO _____

SEGUNDO SEGURO MEDICO

PERSONA RESPONSABLE _____ NUMERO DE IDENTIFICACION _____

NOMBRE DE ASEGURANZA _____ TELEFONO _____

DOMICILIO _____

.....

POR ESTE MEDIO, YO AUTORIZO A CLAREMONT EYE ASSOCIATES MEDICAL GROUP, A DAR QUALQUIER INFORMACION MEDICA RESPECTO A MI PERSONA O DE MIS DEPENDIENTES, A LAS COMPANIAS DE SEGUROS, DESDE EL MOMENTO QUE LO SOLICITEN O QUE TERMINE DICHO TRATAMIENTO Y SEA REVOCADO POR ESCRITO. AUTORIZO A MI SEGURO MEDICO QUE PAGA DIRECTAMENTE A CLAREMONT EYE ASSOCIATES MEDICAL GROUP. EN CASO DE QUE ME ASEGURANZA NO PAGA EN TOTAL O PARCIAL, YO ME HARE CARGO DE PAGAR EL BALANCE RESTANTE. INCLUSO TODOS LOS GASTOS DE COLECCION SI ESTOS FUERAN NECESARIOS.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ES USTED ALERGICO A CUALQUIER MEDICINA? ___ SI ___ NO EXPLIQUE _____

HA TENIDO USTED CIRUJIA DE LOS OJOS? LASER O CATARATAS ___ SI ___ NO EXPLIQUE: _____

HA TENIDO CIRUJIA? _____

CUALES MEDICAMENTOS TOMA USTED? _____

HA TENIDO USTED ESTOS PROBLEMAS? POR FAVOR MARQUE CON UN CIRCULO Y RESPONDA SI O NO

FIEBRE, PERDIDA DE PESO / SUBIDA, FATIGA? ___ SI ___ NO

OIDOS, NARIZ, GARGANTA? ___ SI ___ NO

CORAZON / PALPITACIONES/ALTA PRESION? ___ SI ___ NO

RESPIRATORIOS? ASMA, BRONQUITIS ___ SI ___ NO

ESTOMACALES, DOLOR, DIARRHEA, AGRURAS? ___ SI ___ NO

VISICULA? DOLOR, SANGRE EN LA ORINA? ___ SI ___ NO

MUSCULARES? DOLOR DE HUESOS, ARTRITIS? ___ SI ___ NO

NEUROLOGICOS? PARALISIS, DOLOR ___ SI ___ NO

PSIQUIATRICOS? ANSIEDAD, DEPRESION? ___ SI ___ NO

HAY ENFERMEDAD DE LOS OJOS EN SU FAMILIA ? ___ SI ___ NO

TOMA USTED ALCOHOL? O FUMA CIGARILLOS? ___ SI ___ NO

CUANTO? _____

USTEDES MUJER, ESTA EMBARAZADA? ___ SI ___ NO

REGISTRO DEL PACIENTE DE DIVULGACIÓN

En general, la regla de privacidad de HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también se proporciona el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación del PHI se hará por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en vez de la casa del individuo.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa: _____
<input type="checkbox"/> ¿Se puede dejar el mensaje con información detallada
O
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada | <input type="checkbox"/> Comunicación Escrita
<input type="checkbox"/> Aceptar para enviar por correo a la dirección de mi casa
<input type="checkbox"/> Aceptar para enviar por correo a mi dirección de trabajo / oficina
<input type="checkbox"/> Aceptar para enviar por fax al siguiente número:

<input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo: _____
<input type="checkbox"/> ¿Se puede dejar el mensaje con información detallada
O
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el número de devolución de llamada | |

Firma del Paciente

Fecha

Imprimir Nombre

Fecha de Nacimiento

La Regla de Privacidad generalmente requiere que los proveedores de salud a tomar medidas razonables para limitar el uso de su divulgación y el solicitar PHI al mínimo necesario para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican a los usos o divulgaciones hechas en virtud de una autorización solicitada por el individuo.

Nota: Los usos y divulgaciones para TPO pueden ser permitidos sin el consentimiento previo en caso de emergencia

Fecha	Se describe a quién Dirección o número de fax	(1)	Descripción de la divulgación / Propósito de la Revelación	Por quién Divulgado	(2)	(3)

(1) Marque esta casilla si la divulgación es autorizada
 (2) Tipo de clave: T = Tratamiento Records; C = Condiciones de Venta; O = Operaciones de Atención Médica, A = Autorización en Archivo, D = Discrecional
 (3) Introduzca el cómo se hizo la revelación: F = Fax, T = Teléfono, E = Email C = Correo, O = Otro