

REGISTRO DEL PACIENTE DE LAS DIVULGACIONES

En general, la norma de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en el uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI). La persona también tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de PHI se realice por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en lugar de la casa del individuo.

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

Domicilio/Cellular _____

OK para dejar mensaje con información detallada

O

Dejar Mensaje con un número de devolución de llamada

Teléfono Del Trabajo: _____

Ok para dejar mensaje con información detallada

O

Dejar Mensaje con un número de devolución de llamada

Comunicación Escrita

Aceptar para enviar por correo a mi domicilio

OK para enviar por correo a mi dirección de trabajo/oficina

OK para enviar un fax a este número: _____

Otro: _____

Comunicación con persona(s) distinta(s) del paciente:

¿Existe un poder notarial médico? Sí No Proporcione una copia

¿Podemos hablar sobre su información médica/financiera con alguien más?

Sí No (En caso afirmativo, enumere los nombres a continuación)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Firma Del Paciente

La Fecha

Nombre Completo Con Letra De Molde

La Fecha De Nacimiento

Fecha De Hoy _____ / _____ / _____

Nombre _____ La Fecha De Nacimiento _____ / _____ / _____
Último Primero Dr. Sr. Sra. (circle one)

Nombre De La Farmacia _____ La Calle _____ La Ciudad _____

¿Motivo de visita? _____

¿Sufres de pérdida de memoria, demencia o Alzheimer? SÍ NO (por favor, círculo)

En caso afirmativo, sírvanse explicarlo _____

¿Tiene alergias a algún medicamento? SÍ NO (por favor, círculo)

En caso afirmativo, sírvanse explicarlo _____

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía? SÍ NO (por favor, círculo)

En caso afirmativo, sírvanse explicarlo _____

¿Toma algún medicamento? SÍ NO (por favor, círculo)

En caso afirmativo, sírvanse explicarlo _____

¿Has tenido alguno de los siguientes problemas? En caso afirmativo, explique: (or favor, explica)

¿Fiebre crónica, pérdida/aumento de peso, fatiga? SÍ NO

¿Problemas de oído/nariz/garganta? (pérdida de audición, problemas de sinusitis, dolor de garganta) SÍ NO

¿Neurológico? (dolores de cabeza, visión doble, confusión, problemas de memoria) SÍ NO

Problemas cardíacos: (dolores en el pecho, latidos cardíacos irregulares, hipertensión) SÍ NO

¿Problemas respiratorios? (dificultad para respirar, asma, bronquitis) SÍ NO

¿Problemas gastrointestinales? (acidez estomacal, dolor abdominal, diarrea) SÍ NO

¿Problemas urinarios? (dolor, problemas de vejiga, sangre en la orina) SÍ NO

¿Problemas musculoesqueléticos? (dolores, artritis, articulaciones inflamadas) SÍ NO

¿Problemas psiquiátricos? (depresión, ansiedad) SÍ NO

¿Hay alguna enfermedad médica u ocular hereditaria en la familia? SÍ NO

¿Fumas o consumes alcohol? En caso afirmativo, ¿cuánto? SÍ NO

Mujeres, ¿están embarazadas? SÍ NO
En caso afirmativo, ¿cuántos meses? _____

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

CLAREMONT EYE ASSOCIATES MEDICAL GROUP

JOHN J. MCDERMOTT III, M.D.

SUNIL M. SHIVARAM, M.D.

ANIL M. SHIVARAM, M.D.

655 E. Foothill Blvd.

Claremont, CA. 91711

Phone 909-624-8077 Fax 888-972-7261

ACUERDO DE SERVICIO NO CUBIERTO DE SEGURO

AVISO AL BENEFICIARIO

Las compañías de seguros solo pagarán por los servicios que consideren "razonables y necesarios". Si su compañía de seguros determina que un servicio en particular no es "razonable y necesario" según su política establecida, negará el pago por ese servicio. Si su seguro niega su servicio, usted será responsable del pago.

ACUERDO DE BENEFICIARIO

ACEPTO SER PERSONAL Y TOTALMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER SALDO NO PAGADO QUE MI ASEGURADOR NIEGUE.

Nombre de Paciente: _____ Seguro Medico: _____

Firma: _____ Fecha: _____