

# MRC Malkani Retina Center

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Raza/Etnicidad:  Caucásico  Hispano  Afro Americano  Asiático  Nativo Americano  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle/PO Box) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección Permanente: \_\_\_\_\_  
(Calle/PO Box) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Número de Telefono: \_\_\_\_\_ Número del Trabajo: \_\_\_\_\_

Número del Norte: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia avisar: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Nombre/Número de telefono)

Doctor Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Número de telefono: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Número de telefono: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Lesión del ojo en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explicar: _____
Cirugía del ojo en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explicar: _____
Estrabismo o Ambliopía de niñez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explicar: _____

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
¿Usted Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuánto Diario: _____
Consumo de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuánto Diario: _____

En tú **Familia Biológica** algún conocimiento de lo siguiente:

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
Estrabismo o Ambliopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explicar: _____
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explicar: _____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explicar: _____
Separación Retinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explicar: _____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explicar: _____
Otro: _____			

**Mas preguntas en el otro lado**

# MRC Malkani Retina Center

¿Es alérgico a medicamentos, tinte, comidas? Si es así, explique la reacción. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamento y Suplemento: Por favor hacer una lista de todas que tome. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condición Médica: (Diabetes, Presión Alta, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías: Por favor hacer una lista de las cirugías en los últimos 5 años. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consentimiento para Propósito de Tratamiento, Pago y Operaciones de Cuidado de Salud/HIPPA

1. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAR:** Yo autorizo mi doctor medico y otro proveedor que ordene toda forma de pruebas diagnósticas y tratamiento por lo cual ellos consideran apropiado. Yo solicito y autorizo a Malkani Retina Center y sus agentes o empleados, que proven todo tratamiento y servicios hacia mi, dirigido por el doctor. Yo reconosco que ninguna representación o garantía ha sido hecho por resultado del tratamiento.
2. **ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN:** Yo tengo seguro medico y asigno directamente a Malkani Retina Center todos los beneficios medicos, si los hubiere, pagaderos a mí por los servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos, ya sea que los pague o no el seguro. En caso de incumplimiento de pago, acepto pagar todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios del abogado. Yo por este medio autorizo al medico a librar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros.
3. **ACUERDO FINANCIERO:** Yo hare todo lo posible para ayudar activamente a Malkani Retina Center con asegurar el pago de los servicios prestados por los cuales soy responsable. Yo entiendo que Malkani Retina Center presenta reclamaciones a las compañías de seguro medico para asistir a sus pacientes y soy responsable del saldo adeudado en cualquier momento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo entiendo que mi pagador de tercer partido pueda requerir que obtenga autorizaciones previas para cubrir los servicios. Yo entiendo que si no proveo suficiente o oportuna información de liberaciones para Malkani Retina Center poder procesar reclamos de seguros, yo seré responsable de pagar las deudas y tarifas por completo.
4. **DECLARACIÓN PARA PERMITIR PAGOS DE BENEFICIOS AL PROVEEDOR (DOCTOR):** Yo solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizado se haga en mi nombre por cualquier servicio que me haya dado Malkani Retina Center, incluyendo servicios medicos. Yo autorizo a cualquier titular de información medica sobre mí sea liberada a (Mi Asegurador) cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados. Mi "Información de salud protegida" significa información de salud como diagnósticos, tratamientos, resultados de exámenes medicos y prescripciones se consideran información protegida bajo HIPAA, al igual que los números de indentificación nacional y información demográfica como fechas de nacimiento, género, etnia y contacto e información de contacto de emergencia.
- CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y TENGO CONSENTIMIENTO COMPLETO Y VOLUNTARIO A SUS CONTENIDOS. Este consentimiento/autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocado por la parte responsable.

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito del Paciente/Representante Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

Formulario de Divulgación de Información Médica (HIPAA Forma de Liberación)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_

**Liberación de Información:** Yo autorizo la liberación de información incluyendo el diagnóstico, registros, resultados de exámenes, cambios de dosis de medicamentos e información de reclamos.

Esta información puede ser liberada a:

Esposo (a): \_\_\_\_\_  Hijos (as): \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

**Mensajes:** Por favor llama  mi número es \_\_\_\_\_.

Si no puede alcanzarme

Puede dejar un mensaje detallado  Por favor deje un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada.

**Mensajes de correo electrónico:** Mi correo electrónico es \_\_\_\_\_.

Use mi correo electrónico para enviar mensajes para que me comunique con la enfermera para obtener información.

Use mi correo electrónico para dejar mensajes e información detallada.

Adjuntar registros medicos al mensaje de correo electrónico.

**\*\*\*\*Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo lo termine por escrito.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**RECIBO DE LA NOTA DE PRIVACIDAD DE HIPAA:** Reconozco que he recibido o se me ha brindado la oportunidad de recibir una copia del "Aviso de Práctica de Privacidad." Entiendo que el aviso de privacidad puede cambiar con el tiempo y que las obligaciones de Malkani Retina Center y mis derechos en virtud de ella pueden cambiar.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*El resumen del aviso de prácticas de privacidad está disponible en la recepción.**