

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

Sí No

Lesión del ojo en el pasado Explicar: _____

Cirugía del ojo en el pasado Explicar: _____

Estrabismo o Ambliopía de niñez Explicar: _____

Sí No

¿Usted Fuma? Cuánto Diario: _____

Consumo de Alcohol Cuánto Diario: _____

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

Sí No

Estrabismo o Ambliopía Explicar: _____

Ceguera Explicar: _____

Glaucoma Explicar: _____

Separación Retinal Explicar: _____

Degeneración Macular 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.**