



Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ SSN: _____ Sexo: Hombre Mujer Indiferenciado Recharzar Especificar

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefonos: Casa : _____ Celular : _____ Trabajo : _____

** Marque el mayor metodo de contacto*

Correo Electronico: _____

Empleado Por: _____ Ocupación: _____

Como eschucho de NVISION Eye Centers?

Referido por Médico: _____ Familia / Amigo / Paciente - ¿El o ella a tenido cirujia refractivo? Si No

** El nombre y apellido*

** Relacion*

Internet Letrero Proveedor de Aseguransa Otro: _____

Evento de Salud / Trabajo Periódico / Revista / Anuncio Radio _____

Cuál de las siguientes opciones lo ha influenciado más para programar una cita con nosotros? _____

Doctor Primario (el nombre y apellido): _____ Telefono: _____ Ciudad: _____

Optometrista (el nombre y apellido): _____ Nombre de Clínica: _____ Ciudad: _____

Su oculista le a explicado la cirujia refractiva? Si No

Lo refirieron a NVISION? Si - A cual cirugano lo referieron? _____
 No - Acual cirugano? _____

Su Farmacia: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

Seguro Medico: Nombre: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del Suscriptor (sino es usted): _____ Fecha de Nacimiento del Subscriptor: _____

Seguro Secundario: Nombre: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del Suscriptor (sino es usted): _____ Fecha de Nacimiento del Subscriptor: _____

Seguro de Vision: Nombre: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre del Suscriptor (sino es usted): _____ Fecha de Nacimiento del Subscriptor: _____

Contacto de Emergencia

NVISION Eye Centers pueden divulgar a, o discutir mi información de salud personal (PHI) (excepto con respecto al tratamiento , pago , y/o las operaciones administrativas), con los individuos enumerados abajo, verbalmente o por escrito. Entiendo que NVISION hará los mejores esfuerzos para verificar la identidad de las partes designadas antes de revelar la PHI. También entiendo que puedo cambiar cualquiera de la información de contacto de emergencia/personas designadas información de la versión en cualquier momento por escrito.

Nombre: _____ Relacion: _____ T#: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ T#: _____

Mi firma a continuación indica que la información proporcionada anteriormente es exacta y completa a lo mejor de mi capacidad, y que usted reconoce que se le informó del aviso de prácticas de privacidad (NPP) para NVISION. Nuestro NPP proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información protegida. Le animamos a leerlo en su totalidad. Nuestro NPP está sujeto a cambios. El aviso de privacidad está disponible en nuestro sitio web en www.nvisioncenters.com y en nuestra oficina. Puede solicitar una copia del NNP.

Firma del Paciente (si es mayor de 18) o el padre o tutor legal del paciente

Fecha

Si está firmada por el padre o tutor legal, escriba el nombre

Relacion



Su Nombre y Apellido: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Indiferenciado Recharzar Especificar

Lentes / Lentes de Contacto (Por favor marque las casillas apropiadas abajo)

¿Actualmente usa lentes? No Si ¿Cuanto tiempo tiene con estos lentes? _____ ¿Que tipo? _____

¿Actualmente usa lentes de contacto? No Si ¿Por cuanto tiempo? _____ ¿Que tipo? _____

¿Alguna vez ha probado lentes de contacto? No Si ¿Cuando fue la ultima vez? _____

Alergias (Médicos / Látex / Anesthesia): No Si

Problemas Médicos Actuales: _____

* Si le corresponde, está actualmente o posiblemente embarazada? No Si

* Si le corresponde, está amamantando actualmente? No Si

Cirugías Anteriores: _____

Historia Familiar (M-Madre, P-Padre, HO-Hermano, HA-Hermana, AOM / AAM-Abuelo Materno / Abuela Materna, AOP/AAP-Abuelo Paterno / Abuela Paterna)

Glaucoma _____ Diabetes _____ Desprendimiento de Retina _____ Hipertension _____ Keratoconus _____

Cancer _____ Daltonismo _____ Degeneración Macular _____ Otra _____

Historial Social (Por favor marque las casillas apropiadas abajo)

¿Maneja? No Si ¿Fuma tabaco? No Si ¿Con qué frecuencia? _____

¿Toma cafeina? No Si ¿Fuma aparato electrónico? No Si ¿Con/sin Nicotina? _____

¿Que tipo y cuánto? _____ ¿Ha intentado dejar de fumar? No Si

¿Toma alcohol? No Si ¿Hace cuándo o cuánto tiempo? _____

¿Cuánto y con qué frecuencia? _____ ¿Ha tenido una exposición pasiva de humo y/o vapeo? No Si

Medicamentos Actuales: No Si _____

* Medicamentos no recetados por su medico

Revisión de Síntomas: ¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? (Por favor marque las casillas apropiadas abajo)

Alergias Ambientales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Sarpullido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alergias Alimentarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hambre Excesiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor Articular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Presión Torácica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hinchazón Articular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Malestar Torácico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	El Estreñimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Debilidad Muscular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Latidos Irregulares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Diarrea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Mareo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Palpitaciones Cardíacas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Vómitos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Disturbio del Paso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Fatiga	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Disuria (Micción Dolorosa)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Fiebre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Hematuria (Sangre en La Orina)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cambios Emocionales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Micción Excesiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Tos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Intolerancia Al Frío	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Moretones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Ruidoso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Intolerancia Al Calor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Sangrado Fácil	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Otra: _____	

Historial del Ojo: Alguna vez ha tenido o le han dicho que tienes: (Por favor marque las casillas apropiadas abajo)

<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas	<input type="checkbox"/> Infección por Herpes del Ojo	<input type="checkbox"/> Sensación de Cuerpo Extraño
<input type="checkbox"/> Glaucoma (Alta Presión Ocular)	<input type="checkbox"/> Cirugía Ocular Láser	<input type="checkbox"/> Erosión Córnea Recurrente	<input type="checkbox"/> Irritación o Sequedad
<input type="checkbox"/> Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> Cirugía Pterygium	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa o Doble	<input type="checkbox"/> Lagrimeo Excesivo o Riego
<input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética	<input type="checkbox"/> Cirugía Córnea	<input type="checkbox"/> Brillo/Sensibilidad a La Luz	<input type="checkbox"/> Secreción Mucosa
<input type="checkbox"/> Destellos o Flotadores	<input type="checkbox"/> Cirugía de Párpados	<input type="checkbox"/> Visión Distorsionada/Halos	<input type="checkbox"/> Rojez
<input type="checkbox"/> Desgarro Retiniano/ Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/> Lesión Ocular	<input type="checkbox"/> Pérdida de La Visión	<input type="checkbox"/> Párpados Caídos
<input type="checkbox"/> Keratoconus	<input type="checkbox"/> Ambliopia (Ojo Cruzado/Ojo Vajo)	<input type="checkbox"/> Dolor o Dolores Oculares	<input type="checkbox"/> Otra: _____

Yo entiendo que hay la posibilidad que me van a dilatar las pupilas y posiblemente se que me va a borrar la vista. Yo no voy a tratar de manejar hasta que este segura/o que las gotas se an disminuido. El efecto de las gotas duran aproximadamente una hora o mas.

Mi firma a continuación indica que la información proporcionada anteriormente es exacta y completa a lo mejor de mi capacidad.

Firma del Paciente (si es mayor de 18) o el padre o tutor legal del paciente

Fecha

Si está firmada por el padre o tutor legal, escriba el nombre

Relacion



RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar abajo, usted:

- Reconoce que se le ha informado sobre las practicas de privacidad y la declaración de derechos del paciente.
- Reconoce que tiene acceso a las copias de estos documentos en la oficina.

Firma del Paciente

Fecha

¿Está completando este formulario para otra persona?

Marque aquí si está firmando como representante personal y complete a continuación. A menos que usted sea el padre de un menor de edad, por favor adjunte una prueba documentada de que usted está actuando en nombre de esa persona (por ejemplo, poder notarial.)

Nombre del representante del paciente

Fecha

Firma del representante personal del paciente

Relacion

Referencias disponibles en Internet:

www.hospitalconnect.com/aha/about/pbillofriahts.html

www.isrs.org

Otra Referencias:

Sociedad interna para la cirugía refractiva posición papel sobre la co-gestión de la cirugía refractiva preoperatoria y cuidado postoperatorio, 2001 forma disponible www.isrs.org

AVISO A LOS CONSUMIDORES

Los Doctors son licenciados y regulados por:

Medical Board of California www.mbc.ca.gov

Oregon Medical Board www.oregon.gov/OMB

Washington Medical Commission <https://wmc.wa.gov/>

Nevada State Board of Medical Examiners www.medboard.nv.gov

Arizona Medical Board www.azmd.gov

POLITICA DE PAGO

Nombre: _____ Fecha de Nascimento: _____

POLITICA BÁSICA:

El pago por el servicio se debe en su totalidad en el momento de servicio se proporciona en nuestra oficina.

PACIENTES CONSEGURO:

LA CIRUGÍA LASIK/REFRACTIVA NO ES UN BENEFICIO CUBIERTO PARA LA MAYORÍA DE LOS PLANES DE SEGURO

Algunos tratamientos son facturables al seguro, mientras que otros no. Los doctores de VISION estan contratados con Medicare y seguros privados selectivos. Si usted tiene beneficios FUERA-DE-LA-RED y su proveedor de NVISION no está contratado con su transportista, el pago se vence en su totalidad en el momento del servicio. Si no estamos contratados con su compañía de seguros, usted tiene la capacidad de presentar una reclamación a su proveedor de seguros y NVISION le suministrará la información necesaria para hacerlo. NVISION no garantiza que su proveedor de seguro le reembolsará los servicios prestados. NVISION no se responsabiliza de las reclamaciones de seguros denegadas.

Para los pacientes de NVISION Eye Centers, le facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros si se nos proporciona el papeleo adecuado. También facturaremos a la mayoría de las compañías de seguros secundarias por usted. Los copagos y deducibles se deben en el momento del servicio. Sólo podemos cobrar por honorarios de cirujano. Debe ponerse en contacto con la instalación donde se realiza la cirugía e informarles de las cuotas de la instalación de facturación, anestesia, etc. en su nombre. No podemos garantizar que la instalación esté en red con su compañía de seguros individual. Debe ponerse en contacto con la instalación antes de la cirugía para verificar que los servicios estarán cubiertos. Dado que su acuerdo con su seguro es privado, no investigamos rutinariamente por qué una compañía de seguros no ha pagado o por qué ha pagado menos de lo que participó para la atención. Si una compañía de seguros no ha pagado dentro de 60 días de facturación, los honorarios profesionales son adeudados y pagaderos por completo por usted.

SERVICIOS NO CUBIERTOS:

Cualquier cuidado no pagado por su cobertura de seguro existente requerirá el pago completo en el momento en que se proporcionan los servicios o al notificar la denegación de reclamo de seguro.

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS DEL SEGURO:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi (s) reclamo (es) de seguro. Autorizo y solicito el pago de beneficios médicos directamente a mis médicos. Acepto que esta autorización cubrirá todos los servicios médicos prestados hasta que dicha autorización sea revocada por mí. Acepto que se puede utilizar una fotocopia de este formulario en lugar del original. Entiendo que soy financieramente responsable ante NVISION por los cargos incurridos.

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ¿Ha cumplido con su deducible para el año calendario? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a |
| ¿Está trabajando actualmente? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Ha sostenido una lesión en el trabajo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Alguna vez ha servido en el ejército? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está cubierto por una póliza de empleador o de sindicato? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está empleado su cónyuge o otro miembro de la familia? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene una póliza de seguro secundaria? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Está cubierto por cualquier otro plan de salud? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |

He leído, entiendo y acepto la política financiera anterior para el pago de honorarios profesionales. Entiendo que soy responsable en última instancia de todos los honorarios profesionales.

Firma del Paciente (si es mayor de 18) o el padre o tutor legal del paciente

Fecha

Si está firmada por el padre o tutor legal, escriba el nombre

Relacion