



Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____
 Ocupación: _____ Dirección: _____
 Seguro Social #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Correo Electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____
 Etnicidad: _____ Trabajo/Otro: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ M F Último examen ocular: _____
 Razón de la visita: _____
 Como fuiste referido a nuestra oficina: _____

Lista de los medicamentos que toma actualmente (prescripción y sin receta) _____ Es usted alérgico a algún medicamento YES NO Si la respuesta es Sí, mencione los medicamentos: _____ Mencionar todas las enfermedades importantes (glaucoma, diabetes, presión arterial alta, ataque cardíaco, etc.) o lesiones (concusión, etc.): _____ Lista de cirugías (catarata, apendectomía): _____
--

Tienes algún problema en los siguientes: En caso afirmativo, circule o agregue información adicional.

		SI	NO			SI	NO
OJOS: visión deficiente, dolor en los ojos, lagrimeo, enrojecimiento, etc.				PACIENTES FEMENTINOS: ¿Estas embarazada? ¿Lactando?			
PSIQUIÁTRICO: ansiedad, depresión, insomnio				CARDIOVASCULAR: alta presión, pulso acelerado, etc.			
ENDOCRINO: diabetes, hipotiroidismo, etc.				PIEL: espinillas, verrugas, crecimientos, erupción, etc.			
MÚSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES: dolor en las articulaciones, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.				BLOOD/LYMPH: hemorragia, colesterolemia, anemia, problemas relacionados con la transfusión de sangre, etc.			
GASTROINTESTINAL: malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc.				ALLERIGIC / INMUNOLOGICO: estornudos, hinchazón, enrojecimiento, picazón, urticaria, lupus, etc.			
RESPIRATORIA: congestiones, sibilancias, dificultad para respirar, etc.				GENITAL, RIÑÓN, VEJIGA: urinación dolorosa o frecuente, impotencia, etc.			
NEUROLÓGICO: entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, etc.				OÍDOS, NARIZ, GARGANTA: dificultad auditiva, congestión nasal, dolor de oídos, tos, boca seca, etc.			

HISTORIA FAMILIAR (Madre, padre, abuelos, hermanos):

¿Algún miembro de tu familia tuvo estas enfermedades? (Círculo todo lo que aplican) SI NO Ceguera, catarata, glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad de la tiroides, artritis Otras enfermedades hereditarias: _____

HISTORIA SOCIAL:

¿Su visión limita cualquier actividad de la vida diaria (conducir, leer, deportes, trabajar, etc.)? SI NO ¿Estás interesado en Lasik? SI NO ¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? SI NO ¿Bebes alcohol? SI NO Si es Si, ¿cuánto? _____ ¿Fumas? SI NO Si es Si, ¿cuánto? _____ ¿Cuántos años? _____
--

INFORMACION DE SEGURO:

Nombre del Seguro: _____ # de Grupo: _____ Nombre del Asegurado: _____ Número de Póliza #: _____ Fecha de nacimiento de Asegurado: _____ Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Padres



Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud. Por favor revísalo con atención.

- En Southwest Orlando Eye Care, siempre hemos mantenido su información de salud segura y confidencial
- La ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, que le demos este aviso y que cumplamos con los términos de este aviso
- La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a aquellos involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su expediente por un médico especialista a quien podemos involucrar en su cuidado.
- Podemos usar o divulgar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviarle un informe de su progreso a su compañía de seguros.
- Podemos usar o divulgar su información de salud para nuestras operaciones normales de atención médica. Por ejemplo, uno de nuestros empleados ingresará su información en nuestra computadora.
- Podemos usar su información para contactarlo. Por ejemplo, podemos enviar boletines informativos u otra información. Es posible que también deseemos llamar y recordarle sobre sus citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que contesta la llamada.
- En una emergencia, podemos divulgar su información de salud a un familiar u otra persona responsable de su cuidado.
- Podemos divulgar parte o toda su información de salud cuando lo exija la ley.
- Puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información de salud como se describe anteriormente.
- Como necesitaremos contactarlo de vez en cuando, utilizaremos cualquier dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico que tengamos en nuestros archivos.
- Tiene derecho a transferir copias de su información de salud a otra práctica
- Tiene derecho a ver y recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Danos una solicitud por escrito o firme un formulario de solicitud de registros con respecto a la información que está solicitando.
- Si cambiamos los detalles de este aviso, le notificaremos los cambios por escrito.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, D.C. 20201.
- Sin embargo, antes de presentar una queja, o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información de salud, comuníquese con nuestra oficina al (407) 271-8931.

Reconocimiento:

Recibí una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Southwest Orlando Eye Care. Las devoluciones o cancelaciones de anteojos o contactos se realizan a discreción de esta oficina. Se emitirá un crédito en la oficina. Los lentes progresivos tienen una garantía de 90 días sin adaptación, lo que significa que podemos cambiar los lentes por una sola visión o lentes bifocales alineados. Los lentes oftálmicos para gafas están hechas a medida para usted.

Firma: _____

Fecha: _____

Imprimir su Nombre: _____

Si firma como padre o el guardián, imprima el nombre del paciente a continuación:

SOUTHWEST ORLANDO EYE CARE

Política Financiera y de Seguro:

Gracias por elegir Southwest Orlando Eye Care como su proveedor de cuidado de la visión. Como parte de nuestros servicios, tratamos de contener el costo cada vez mayor de la atención de la vista. En un esfuerzo por hacerlo, le recomendamos que lea y firme la siguiente política financiera antes del tratamiento. El paciente o la persona responsable debe completar nuestra información y el formulario de seguro antes de ver al médico.

1. **PAGO COMPLETO, COPAGO, PORCENTAJES Y / O DEDUCIBLES SE DEBEN AL MOMENTO EN QUE SE REALIZAN LOS SERVICIOS.**
Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, American Express y Discover. Si está comprando gafas o contactos, se espera que pague en su totalidad antes de que se puedan procesar los pedidos. _____ **(Inicial)**
2. **POLÍTICA DE NO PRESENTAR:** Un paciente se considera "No Presentar" si se pierde o cancela una cita con menos de 24 horas de anticipación. Cuando esto ocurre, Southwest Orlando Eye Care pierde la oportunidad de atender a otros pacientes que desean ser atendidos. La falta de dar un aviso de 24 horas dará lugar a una tarifa de \$50. _____ **(Inicial)**
3. **POLÍTICA DE LA OFICINA:** El seguro se factura como dentro de los 60 días, se le notificará a usted (el paciente). Las ordenes son para un producto personalizado. Por favor haz tu selección cuidadosamente.
4. **PACIENTES MENORES (MENORES DE 18):** El adulto que acompaña a un menor (paciente / guardián) es responsable del pago total en el momento del servicio. Para los menores no acompañados, los arreglos de pago deben hacerse por **ADELANTADO** y debemos tener un permiso por escrito de los padres o tutores antes del tratamiento de un menor.
5. **CHEQUES DEVUELTOS:** Se aplicará un cargo por servicio de \$50 a su cuenta por cheques devueltos. Todos los cheques devueltos no serán redepositados. Todos los balances deben pagarse en efectivo o con tarjeta de crédito. Se hará un intento para cobrar esta deuda del paciente, si no se cobra dentro de los 5 días posteriores al cheque devuelto; la cuenta será entregada a nuestra agencia de cobros. Solicitamos una copia de su licencia de conducir para sus registros si desea realizar pagos con cheque.
6. **PRESCRIPCIÓN DE LENTES PARA GAFAS:** Si el paciente desea llevar su prescripción de lentes a otro lugar, Southwest Orlando Eye Care no será responsable de ninguna garantía sobre los anteojos fabricados en otro lugar. En el caso de que necesites verificar tu receta en lentes fabricados en otro lugar, nuestros ópticos pueden verificar la receta por \$40. su compra viene con una garantía de 90 días. Si no está satisfecho con su compra, infórmenos para que podamos corregirlo. Tenga en cuenta que debido a que las lentes son un producto personalizado, solo se puede emitir un reembolso parcial si es necesario devolver el producto. Cualquier complemento a los lentes después de que los lentes hayan sido procesados, no son elegibles para descuentos internos o de seguros.
7. **PACIENTES CON LENTES DE CONTACTO:** Se requieren más tiempo y pruebas para la adaptación y evaluación de lentes de contacto, por lo que se cobrará una tarifa profesional adicional fuera de la tarifa de examen integral. Los pacientes tienen 90 días de atención de seguimiento a partir de la fecha de la adaptación para realizar cualquier cambio en la receta necesaria, cualquier visita después de los 60 días, se incurrirá en una tarifa. Una receta para lentes de contacto solo es válida un año después de la fecha del examen y no se puede completar una vez que haya expirado. Una vez que el paciente ha ordenado y recibido los contactos, no se pueden devolver los lentes de contacto. Si el paciente desea tomar su receta de lentes de contacto en otro lugar, Southwest Orlando Eye Care no será responsable de ninguna garantía en sus lentes de contacto, ya todas las visitas de seguimiento se les cobrará una tarifa profesional adicional.
8. Las prescripciones de anteojos y lentes de contacto (cuando se solicitan) se envían por fax al final de cada día hábil. _____ **(Inicial)**
9. **POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE:**
 1. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte en ese contrato.
 2. Usted es responsable de todos los cargos que sean negados / no cubiertos por la compañía de seguros. No todos los servicios están cubiertos por.
 3. Aunque verificamos la cobertura a través de su compañía de seguros con todos y cada uno de los pacientes, la verificación de los beneficios no es una garantía de pago. Debe presentar una compañía de su tarjeta de seguro para sus registros si se están utilizando seguros o planes de descuento. Solo se acepta un plan de seguro / descuento por paciente y año.
- **ACUERDA DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE: (por favor marque uno)**
 - Estoy recibiendo servicios de Southwest Orlando Eye Care a través de mi seguro _____.
Mi compañía de seguros ha sido contratada y mi cobertura de seguro ha sido verificada.
 - No presento cobertura de seguro y, por lo tanto, soy financieramente responsable de todos los servicios prestados
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica y tratamiento proporcionada con el fin de evaluar y administrar los reclamos por los beneficios del seguro. Por lo presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al optometrista, de lo contrario se me pagará a mí.
- He leído y entendido lo anterior. (Por favor firme abajo)

Firma _____

Fecha _____

Imprimir su Nombre: _____



Regla De Ausencia Sin Previo Aviso

Nombre del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Debido al alto volumen de ausencias en nuestra oficina, hemos realizado algunos cambios recientes en nuestras políticas estándar.

Esta política se actualizó para ser justo con los pacientes que necesitan una cita y no pueden ser atendidos debido a un horario ya reservado. Nuestro objetivo es brindar atención oftalmológica de calidad de manera oportuna. Las ausencias y las cancelaciones tardías son un inconveniente para aquellos pacientes que necesitan acceso a atención médica oportuna. Esta política nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención oftalmológica.

Las confirmaciones de citas se realizan el día anterior a una cita por mensaje de texto, correo electrónico y/o una llamada telefónica de un miembro del personal. Esto nos permite llegar a todos los pacientes por al menos un medio de comunicación. Si un paciente no puede asistir a la cita o debe reprogramarla, **debemos recibir un aviso 24 horas antes de la visita** al consultorio. No dar este aviso o no estar presente en el momento de la cita programada sin llamar para cancelar, resultará en una **tarifa de \$50 por no presentarse** agregada a su cuenta. Esta tarifa será responsabilidad del paciente, no de la compañía de seguros.

Entendemos que circunstancias especiales inevitables pueden hacer que usted cancele dentro de las 24 horas y, en tales casos, no aplicaremos la tarifa con la aprobación del gerente.

He leído y entiendo la **REGLA DE AUSENCIA SIN PREVIO AVISO** mencionada anteriormente.

Nombre del paciente/padre/guardián: _____

Firma del paciente/padre/guardián: _____

Fecha: _____

Personal/Testigo: _____

Fecha: _____



DR. JOHN NOWELL | DR. BENJAMIN KONYNENBELT | DR. BECKY CROCKETT

Imágenes De La Retina

Sistema de Retinografía Digital (DRS): El DRS captura una imagen digital de la retina, la parte del ojo responsable para ver. Como los ojos de cada paciente son únicos, esta imagen proporciona una línea de base para la comparación cuando el médico monitorea la salud ocular a través de los años. Hacer esto anualmente le permite al médico saber exactamente cuándo y cómo están cambiando sus ojos y si se necesita más tratamiento. Se completa en cuestión de segundos y proporciona resultados instantáneos que serán revisados con usted hoy!

iWellness Tomografía de Coherencia Óptica (OCT): El iWellness OCT es la tecnología más nueva en imágenes de la retina. Utiliza luz infrarroja cercana para capturar una imagen 3D de la retina, permitiendo al médico el acceso a una porción del ojo imposible de evaluar usando técnicas de examen estándar. Esta prueba avanzada detecta enfermedades oculares como glaucoma, degeneración macular o retinopatía diabética antes de que sean visibles durante un examen ocular rutinario. Como en la mayoría de las condiciones, la detección temprana es clave para tratar correctamente las enfermedades oculares. Los resultados son instantáneos y serán revisados con usted hoy!

Para ayudarnos a brindar una mejor calidad de atención a nuestro pacientes, recomendamos estas pruebas a todos los pacientes.

****En la mayoría de los casos, estas herramientas avanzadas no están cubiertas por el seguro.***

- Elijo el DRS (costo de \$ 40)
- Elijo el iWellness (costo de \$ 40)
- Elijo el DRS y el iWellness (costo de \$60)
- Disminucion de todas las pruebas

Evaluación De Lentes De Contacto

Las evaluaciones anuales de lentes de contactos no están incluidas en un examen ocular de rutina y es posible que el seguro no las cubra. Se requerirá pago en el momento del servicio para todas las evaluaciones de lentes de contactos. La tarifa de la evaluación anual se basa en la complejidad y el tipo de ajuste. El rango de pagos habitual y acostumbrado es de \$ 95 a \$ 190. Todas las visitas de seguimiento de lentes de contacto estarán cubiertas (sin cargo) durante 90 días. Se pueden aplicar cargos adicionales

- Elijo tener una evaluacion de lentes de contacto y acepto pagar la tarifa requerida.
- No deseo tener una evaluacion de lentes de contacto y entiendo que mi examen no dara como resultado una receta para lentes de contacto

Firma

Fecha