



EYEDOC DULLES

Dr. Joanna M Barnett & Associates Inc

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:		SSN#	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	
				CÓDIGO POSTAL	
SEXO: FEMENINO MASCULINO		NO. DE CELULAR:			
OCUPACIÓN:		MEJOR FORMA DE CONTACTARME (POR FAVOR MARQUE UNA): <input type="radio"/> TELÉFONO <input type="radio"/> CORREO ELECTRÓNICO			
CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? (POR FAVOR MARQUE UNA): <input type="radio"/> LAS REDES SOCIALES <input type="radio"/> AMIGOS/FAMILIA <input type="radio"/> OTRO		NOMBRE DE SU DOCTOR:			
REPRESENTANTE LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD): NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SSN #: _____		REPRESENTANTE LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD): NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SSN #: _____			
ESTADO CIVIL (PLEASE CIRCLE ONE): SOLTERO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO		Correo Electrónico: _____			
SEGURO DE VISIÓN			SEGURO MÉDICO		
NOMBRE DE EL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO:			NOMBRE DE EL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO:		
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:
____/____/____		FEMENINO MASCULINO	____/____/____		FEMENINO MASCULINO
RELACIÓN CON EL PACIENTE:			RELACIÓN CON EL PACIENTE :		
NOMBRE DE EL SEGURO DE VISIÓN:			NOMBRE DE EL SEGURO MÉDICO:		
NUMERO DE LA POLIZA DE SEGURO :			NUMERO DE LA POLIZA DE SEGURO:		
GRUPO #:			GRUPO #:		
DIRECCIÓN DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>			DIRECCIÓN DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>		
TELEFONO DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>			TELEFONO DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>		
EMPLEADOS DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>			EMPLEADOS DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>		

PRIVACIDAD HIPAA

YO, _____ (NOMBRE COMPLETE O REPRESENTATE LEGAL DEL PACIENTE), HE RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA DE PRIVACIDAD (LA POLÍTICA) DE EYEDOC DULLES Y SE ME HA OFRECIDO UNA COPIA DE DICHA PÓLIZA PARA MANTENER EN MIS ARCHIVOS.

POR FAVOR ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA DE LAS SIGIENTES:

_____ YO CERTIFICO QUE CONOZCO Y QUE SE ME HA PROVISTO CON UNA COPIA DE LA POLÍZA.

_____ YO CERTIFICO QUE REUSÉ A RECIBIR UNA COPIA DE LA POLÍZA, EL PROVEEDOR PUEDE CONTINUAR TRATÁDOME.

REVISIÓN DE SISTEMAS ACTUALMENTE HA TENIDO O TIENE ALGÚN PROBLEMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:		
• Liste los medicamentos que toma (incluyendo píldoras anticonceptivas)		
• Ha usted expuesto o ha sido infectado con Gonorrea, Hepatitis, VIH (Sida), o Sífilis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Es alérgico a algún medicamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Sistema Constitucional (Fiebre, Pérdida/Ganancia de peso)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Ojos (Visión borrosa, Doble vision, Ojos rojos)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Oídos, Nariz, Boca, Garganta (Congestion nasal/sinusitis, Tos crónica)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Cardiovascular (Diabetes, Dolor de Corazón, Enfermedad Vascular)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Respiratorio (Asma, Bronquitis crónica, Enfiserna)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Gastrointestinal (Diarrea, Estreñimiento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Genito Urinario (Genitales Riñones/Vejiga)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Musculoesdqueletico (Artritis reumática, Dolor en los músculos, Otras problemas)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Neurologico (Dolores de cabeza, migraña, convulsiones)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Alergico/Inmunologico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Endocrino: glándula tiroides o otras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
• Psiquiatrico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

- Glaucoma:
 Si No
- Fuma?
 Si No
Si es así, hace cuanto?

- Diabetes:
 Si No
- Toma bebidas alcohólicas?
 Si No
Si es así, hace cuanto?

- Presión Alta:
 Si No
- Degeneración de la Macula:
 Si No
- Otras

PERMISO PARA FACTURAR A SU ASEGURADORA

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DADA POR MI EN LA APLICACIÓN DEL SEGURO Y/O EL PAGO DEL MEDICARE ES VERDADERO Y CORRECTO. AUTORIZO A EYEDODULLES, PARA ACTUAR COMO MI AGENTE AYUDÁNDOME A OBTENER EL PAGO DE MI ASEGURADORA Y/O LOS BENEFICIOS DE MEDICARE, SOLICITO QUE LOS PAGOS DE ESTOS BENEFICIOS SEAN HECHOS EN MI NOMBRE, A EYEDODULLES POR CUALQUIER SERVICIO Y MATERIALES PROPORCIONADOS COMO PARTE DE MI EXAMEN OFTALMOLÓGICO. ENTIENDO QUE UN CARGO DE \$75.00 PUEDE SER GENERADO SI NO CANCELO O HAGO CAMBIOS A MI CITA 24-48 HORAS ANTES DE MI CITA.

AUTORIZO A CUALQUIER POSEEDOR DE INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE MÍ A LOS CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID Y A SUS AGENTES A LIBERAR CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA PARA DETERMINAR ESTOS BENEFICIOS PAGADEROS DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS. SI YO TENGO OTRA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD (COMO SE INDICA EN EL PUNTO 9 DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN CMS-1500 O RECLAMACIÓN SOMETIDA ELECTRÓNICAMENTE) DEMANDA O RECLAMACIÓN PRESENTADA ELECTRÓNICAMENTE), MI FIRMA AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA A LA COMPAÑÍA O AGENCIA DE SEGUROS Y AUTORIZO A METRO EYES PARA ACTUAR COMO MI AGENTE, COMO LO INDIQUE ANTERIORMENTE.

FIRMA DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE

_____/_____/_____

FECHA