



EYE CONSULTANTS

OF ARIZONA

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Acepto la responsabilidad financiera máxima por la cuenta incurrida por el paciente designado firmado en el consultorio del Dr. Luis W. Lu. Entiendo que la falta de pago por parte de un tercero no me libera de la responsabilidad. Una vez que reciba un estado de cuenta de nuestra oficina, tiene 30 días a partir de la fecha del estado de cuenta para enviar el pago, o llamar con una tarjeta de débito o crédito, después de 30 días se acumulará 1.5% (porcentaje) de interés cada mes en su cuenta.

ATENCIÓN: POR FAVOR LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Fecha

Firma



EYE CONSULTANTS OF ARIZONA

Dr. Luis W. Lu, M.D.

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Apellido:		Nombre:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo:	Ocupación:
Dirección Postal:			Apartamento:
Ciudad/Estado/Código Postal:			
Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:	
Email:			
Pasatiempos:			
Médico Familiar o Pediatra:			
Teléfono:		Locación	
Farmacia y Dirección:			
Contacto de Emergencia:		Relación con el Paciente:	
Teléfono del Contacto de Emergencia:			
FIRMA:			FECHA:

EYE CONSULTANTS OF ARIZONA - HISTORIA DEL PACIENTE

¿Cuál es el motivo principal de su visita?
 ● _____
 ¿Cuánto tiempo? _____

Medicamento ocular o gotas para los ojos S N
 ● _____

¿Usa anteojos? S N
 En caso afirmativo, los usa para: DIST, CERCA, LOS DOS
 ¿Usa lentes de contacto? S N
 Fecha de Último Examen Visual: _____
 Fecha de Último Examen Médico: _____

¿Tiene alergia a algún medicamento? S N
 Si la respuesta es afirmativa, enumere los medicamentos:
 ● _____
 ● _____
 ● _____

Enumere todos los medicamentos que toma
 (Nombre/Dosis/Cuántas veces al día)
 ● _____
 ● _____
 ● _____

Embarazo S N
 Destellos de Luces S N
 Manchas o objetos flotantes S N
 Pérdida de la visión S N
 Dolor o ardor en los ojos S N

Enumere todas las cirugías que haya tenido y fecha:
 ● _____ ● _____
 ● _____ ● _____

¿Ha tenido cirugía ocular previa para: Si es así cuando?
 NADA
 Cataratas
 Desprendimiento de Retina
 Cirugía Muscular
 Lasik/PRK
 Eliminación de Lesiones
 Otras _____

Fuma/Tabaco No Sí, Cuantos? _____ Fumó en el pasado, Cuando? _____
 Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo
 Alcohol No Ocasionalmente 1-2 por día 3-4 por día
 Drogas No Sí, Que _____
 Ocupación Retirado Trabajando Estudiante Desempleados Discapacitado
 Manejar Sí No
 Condiciones de Vida Solo Con Familia Casa de Retiro Otras _____

¿Tiene algún problema en las siguientes áreas?
 NADA
 Presión arterial alta
 Diabetes
 Enfermedad pulmonar
 Cáncer
 Artritis
 Colesterol
 Convulsiones
 HIV
 Esclerosis múltiple
 Asma
 Accidente cerebrovascular
 Enfermedad de la tiroides
 Enfermedad renal
 Otras _____

¿Ha tenido una de las siguientes condiciones?
 NADA
 Cataratas
 Estrabismo (ojos bizcos)
 Ambliopía (ojo vago)
 Glaucoma
 Degeneración macular
 Keratoconus
 Retinopatía diabética
 Síndrome del ojo seco
 Iritis
 Desprendimiento de retina
 Enfermedad de la retina
 Enfermedad del nervio óptico
 Otras _____

¿Algún miembro de su familia ha tenido alguna condición médica? Mencione quien:
 NADA
 Ceguera
 Glaucoma
 Diabetes
 Presión arterial alta
 Degeneración macular
 Otras _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

EYE CONSULTANTS

OF ARIZONA

CANCELACIONES

Si no puede hacer ninguna de sus citas, llame a nuestra oficina al (480) 857-3333 al menos 24 horas antes de su cita. Habrá una tarifa de **\$50.00** por **NO SHOWS** y **NO LLAMADAS PARA LA REPROGRAMACIÓN** al menos 24 horas antes de su cita.

REFRACCIÓN (cubierto por un seguro **VISION** por separado, **NO** un seguro **MÉDICO**)

Esta es la parte del examen en el que el médico determina una nueva receta para anteojos o lentes de contacto. También es cómo determinamos la mejor agudeza visual y función posibles de su ojo, que es información médica esencial para que tengamos mientras evaluamos sus ojos y buscamos problemas. **NO** es un servicio cubierto por Medicare y muchos otros seguros médicos. Nuestra tarifa de oficina por refracción es de **\$40.00** y se cobra además de cualquier copago de su plan si se completa este servicio. Si su plan nos paga por la refracción, le reembolsaremos en consecuencia.

EXAMEN DE RETINA DE CAMPO AMPLIO

La Wide Field Retinal Camera es la última imagen digital de 200 grados de la retina y sus vasos. El examen es importante para determinar la salud del paciente. La cámara captura de forma no invasiva una imagen digital instantánea y de campo ultra amplio de la retina, revelando información importante para la evaluación integral de la salud ocular y sistémica. La unidad permitirá la detección temprana de cambios en los vasos, el cerebro, los pulmones y el corazón, y ayudará con la detección de la degeneración macular, la retinopatía diabética, el glaucoma, los desprendimientos de retina y otras afecciones oculares.

¿Le interesaría saber qué tan saludables están sus vasos?

La razón más importante para hacerse esta prueba es que cuando regrese en un año, dos o más, tendremos una línea de base para comparar todas las visitas futuras. Desafortunadamente, si no está cubierto por el seguro, el examen tendrá un costo adicional de **\$30.00**.

POR FAVOR MARQUE UNO: SÍ _____ NO _____

Al firmar a continuación, he leído la información anterior y entiendo todas las secciones de esta página. Entiendo las políticas financieras de Eye Consultants of Arizona y acepto toda la responsabilidad por los costos que se deban al momento del servicio. También entiendo que Eye Consultants of Arizona se reserva el derecho de cambiar cualquier tarifa en cualquier momento.

Firma: _____ Fecha: _____

EYE CONSULTANTS OF ARIZONA

Formulario de Reconocimiento y Consentimiento de HIPAA

Entiendo que según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y atención de seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directamente
- Obtenga el pago de terceros pagadores designados
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluación o evaluación de calidad y certificaciones médicas

Eye Consultants of Arizona me ha informado de su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica (disponible en la oficina en forma impresa). He revisado dicho Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y reconozco que he estudiado las prácticas de privacidad. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección a continuación para obtener una copia actualizada de los Avisos de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito cómo esta organización restringe mi información privada. Esto puede incluir cómo se usa / divulga mi información para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que esta organización no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si la organización está de acuerdo, está obligada a acatar dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA

FECHA