



Información del Paciente

Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: ()Soltero(a) ()Casado(a) ()Otro

Género: () Hombre ()Mujer # Teléfono de casa: _____ # de celular: _____

de empleo: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ # de Teléfono: _____ Relación: _____

Si el/la paciente es menor de edad, Favor de contestar la información siguiente:

Padre/Madre/Tutor Legal: _____ Relación: _____

de celular: _____ # de empleo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información Opcional:

Raza: _____ Etnicidad: _____ Lenguaje: _____

Información de Médico Refiriendo:

Nombre de Médico: _____ # de Tel: _____ # de Fax: _____

Información del Seguro:

Seguro Médico Primordial: _____ Número de Póliza: _____

*Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico Secundario: _____ Número de Póliza: _____

*Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Plan de Servicios de Vision: _____ Número de Póliza: _____

*Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

*****Cantidades no cubiertas por seguros serán pagadas por el paciente a la hora de la visita****

Iniciales de Paciente: _____ Fecha: _____



Kozlovsky Delay & Winter
Eye Consultants, LLC.

An Alliance of Professional Associations

Historial Médico

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Oculista Anterior: _____ Doctor General: _____

de Telefono: _____

Tiene alguna de las condiciones siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resequedad de Ojos | <input type="checkbox"/> Cirugías Oculares | <input type="checkbox"/> Usa Lentes |
| <input type="checkbox"/> Visión Borrosa | <input type="checkbox"/> Lesiones Oculares | <input type="checkbox"/> Usa Lentes de Contacto |

Tiene problemas con alguno de los siguientes sistemas?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Sistema Nervioso | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Oído/Nariz/Garganta | <input type="checkbox"/> Genitourinario | <input type="checkbox"/> Mental |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Musculoesquelético | <input type="checkbox"/> Piel |
| <input type="checkbox"/> Sangre/Linfático | <input type="checkbox"/> Respiratorio | |
| <input type="checkbox"/> Alergica/Inmunologica | <input type="checkbox"/> Presión Sanguinea-Cuanto Tiempo? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Endocrino (Diabetes)-Cuanto Tiempo? _____ | |

Tiene antecedente familiar de alguno de los siguientes: (Favor de marcar con X a las que correspondan)

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Retinopatía | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |

Ha tenido Cirugías?

Tiene reacciones alérgicas a algún medicamento?

Farmacia de preferencia y ubicación:

Fuma? () No () Si, Cuanto? _____ Bebe Alcohol? () No () Si, Cuanto? _____

Esta interesado(a) en lentes de contacto? Si No

Lista de Medicamentos: _____

Iniciales del paciente: _____ Fecha: _____



Kozlovsky Delay & Winter
Eye Consultants, LLC
An Alliance of Professional Associations

ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

Pagos: Entiendo que soy responsable por el pago de cualquier servicio rendido a mí o algún dependiente provistos por esta oficina. Las citas pueden ser cambiadas por falta de pago de copagos y o balances previos.

Cheques rechazados: Cheques rechazados resultarán en un cargo de colección. (Cargo de \$30)

Seguro médico: Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su empleador (si aplica) y la compañía de seguro. Yo confirmo que las tarjetas de seguro proveídas son vigentes y precisas. Si hay algún cambio yo avisaré a su oficina al momento de programar una cita.

Servicios no cubiertos: Yo entiendo que algunos servicios no serán cubiertos por mi plan de seguro médico y yo seré responsable financieramente por todos los servicios no cubiertos

Cancelación de citas: Si es necesario cancelar o cambiar una cita, favor de hacerlo con 24 horas de anticipación. La falta de notificación en el tiempo debido por cancelación o cambios así todo resultará en un cargo de \$40.

Refracción: La refracción es el procedimiento para determinar si hay necesidad de corrección en la vista con gafas o lentes de contacto. Es una parte esencial en su examen de ojos y necesario para determinar el aumento de gafas o lentes de contacto. Una receta de aumento no es el único propósito de una refracción, es de suma importancia médicamente que su doctor sepa si están sucediendo cambios en su vista.

Dilatación: Las gotas de dilatación se utilizan para dilatar o agrandar la pupila de los ojos permitiendo que el/la doctora tenga mejor vista de la parte interior del ojo. Frecuentemente esto borra la vista por un periodo de tiempo y puede causar sensibilidad a la luz. No es posible determinar cuánto tiempo su visión será afectada, es mejor que haga preparativos para no conducir un auto después de su cita. Reacción adversa como glaucoma agudo de ángulo de cierre puede ser provocada por las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con una atención médica inmediata.

Referencias: Si su seguro requiere autorización de su doctor general nosotros lo solicitaremos antes de tiempo. Esto es una cortesía de parte nuestra para usted (paciente), sin embargo, no podemos garantizar que la autorización será concedida para la fecha de la cita por lo tanto estaremos al pendiente cuando se acerque su cita para asegurarnos que la hemos recibido. Si no recibimos la autorización para la fecha de servicio, será necesario cambiar la fecha de la cita o el paciente será responsable por el pago completo de la cita previamente programada.

Al firmar aquí usted está de acuerdo con las pólizas anteriores y confirma que está de acuerdo en términos sobre las responsabilidades de pago y autoriza KDW y empleados que usen y divulguen su información médica protegida por motivo de examinación y o tratamiento, pagos, facturación y operaciones de negocios.

Iniciales del paciente: _____ Fecha: _____



Kozlovsky Delay & Winter
Eye Consultants, LLC.

An Alliance of Professional Associations

Divulgación de Expediente Médico a Familiares

(Padre o Tutor/Nombre de Paciente) Yo _____ autorizo a KDW Eye Consultants y sus empleados a divulgar cualquier y toda información en relación con mi expediente médico de esta oficina a los siguientes familiares:

Nombre:	Relación:	Fecha de Nacimiento:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Solamente los familiares nombrados podrán tener acceso a mi información médica. Ninguna otra persona deberá tener acceso sin el permiso mío, paciente del Dr. John F. Kozlovsky, Dr. Richard L. Delay, Dr. Bruce Winter, Dr. Jeannine E. Camacho y/o Dr. Judith Newman, al agregar sus nombres a la lista previa.

Firma de Paciente/Padre o Tutor

Fecha

KDW Eye Consultants

CONFIRMACIÓN DE RECIBIMIENTO DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo _____ confirmo que he recibido la notificación de prácticas de privacidad de KDW Eye Consultants. **(FAVOR DE PEDIR UNA COPIA EN RECEPCION SI LO DESEA)**

Este aviso describe como KDW Eye Consultatns podrá usar y divulgar mi información médica protegida, ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información médica y derechos que tengo en relación con mi información médica protegida.

Iniciales: _____