

**FORMULARIO MEDICO**

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESPOSO(A) \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ NUMERO DEL TRABAJO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CIUDAD Y ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO M/F \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ NUMERO DE LICENCIA \_\_\_\_\_

HISTORIAL MEDICO	SI	NO	DOCTOR DE FAMILIA _____
ENFERMEDADES DEL CORAZON	___	___	REFERIDO POR _____
DIABETES	___	___	ALERGIAS A ALGUN MEDICAMENTO _____
GLAUCOMA	___	___	LISTA DE CUALQUI MEDICAMENTO QUE ESTE TOMANDO:
PRESION ALTA	___	___	_____
CIRUGIAS	___	___	_____
PROBLEMAS SANGUINEOS	___	___	_____

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

<b>INFORMACION GENERAL SOBRE SU SALUD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>FAVOR DE EXPLICAR</b>
¿ACTUALMENTE TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?			
FIEBRE CRONICA, PERDIDA O AUMENTO DE PESO, FATIGA	___	___	_____
PROBLEMAS CON LOS OIDOS, NARIZ O GARGANTA (e.g. sordera, sinusitis o dolor en la garganta)	___	___	_____
PROBLEMAS CARDIACOS (e.g. dolor en el pecho, palpito irregular)	___	___	_____
PROBLEMAS RESPIRATORIOS (e.g. falta de aire, jadeo, tos)	___	___	_____
PROBLEMAS GASTROINTESTINALES (e.g. acidez, dolor abdominal, diarrea, vomito) PROBLEMAS	___	___	_____
URINARIOS (e.g. incomodidad o dolor, sangre en la orina)	___	___	_____
PROBLEMAS DE LA PIEL (e.g. sarpullido, resequedad excesiva)	___	___	_____
PROBLEMAS EN LOS MUSCULOS (e.g. dolor en los musculos, en las articulaciones o hinchazon)	___	___	_____
PROBLEMAS NEUROLOGICOS (e.g. adormecimiento, fatiga, dolor de cabeza o paralisis)	___	___	_____

**HISTORIAL FAMILIAR Y SOCIAL:**

¿EXISTE UN HISTORIAL MEDICO DE ENFERMEDADES EN SU FAMILIA? (e.g. diabetes, presion arterial alta, cancer, derrame cerebral, cardiacas, etc.)  
SI \_\_\_ NO \_\_\_ SI RESPONDIO SI, FAVOR DE EXPLICAR \_\_\_\_\_

¿FUMA? SI \_\_\_ NO \_\_\_ SI RESPONDIO SI, CUANTO? \_\_\_\_\_

¿INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI \_\_\_ NO \_\_\_ SI RESPONDIO SI, ¿CUANTO? \_\_\_\_\_

SI TRABAJA, ¿CUANTAS HORAS TRABAJA SEMANALMENTE? \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE SU SEGURO**

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

RELACION DEL PACIENTE A LA PERSONA ASEGURADA: \_\_\_ SI MISMO(A) \_\_\_ ESPOSO(A) \_\_\_ HIJO(A) \_\_\_ PADRE/MADRE

# DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA ASEGURADA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DE LA PERSONA ASEGURADA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR GENERAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO Y NUMERO TELEFONICO DE LA PERSONA ASEGURADA, SI ES QUE ES DISTINTO AL DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE UN SEGUNDO SEGURO**

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

RELACION DEL PACIENTE A LA PERSONA ASEGURADA: \_\_\_ SI MISMO(A) \_\_\_ ESPOSO(A) \_\_\_ HIJO(A) \_\_\_ PADRE/MADRE

# DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA ASEGURADA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DE LA PERSONA ASEGURADA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR GENERAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO Y NUMERO TELEFONICO DE LA PERSONA ASEGURADA, SI ES QUE ES DISTINTO AL DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

**KLEIMAN EVANGELISTA EYE CENTER**  
**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Nuestro aviso sobre las normas de privacidad proporciona informacion sobre como podria ser utilizada y revelada informacion protegida sobre su salud. Este aviso contiene una seccion sobre los derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Para su conveniencia, usted podra encontrar este aviso en las carpetas blancas ubicadas en las salas de espera y en la recepcion. Los terminos de nuestro aviso podrian cambiar. Si por alguna razon cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia solicitandola directamente en nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar restringir la forma en que podemos utilizar informacion sobre su salud para su tratamiento, pago y operaciones de cuidado medico. Tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito y firmado por usted. Sin embargo, una revocacion no afectara, ni aplicara a cualquier informacion que ya haya sido revelada bajo el anterior consentimiento. Este consultorio proporciona esta forma en cumplimiento con el Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HPAA).

Como paciente, entiendo que:

- La informacion sobre mi salud puede revelada y utilizada para determinar tratamiento, pago y operaciones de cuidado medico.
- El consultorio mantiene el aviso sobre las normas de privacidad y el paciente tiene el derecho y la oportunidad de revisarla.
- El consultorio reserva el derecho de cambiar las normas o politica de este aviso.
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su informacion, pero el consultorio no tiene que estar en acuerdo con estas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, por lo que toda revelacion a partir de este momento sera prohibido y el consentimiento anteriormente firmada cesara.
- El consultorio podria modificar el tratamiento en cuanto se efectue este consentimiento.

Este consentimiento fue firmado por: \_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente o Representante

Relacion al Paciente (en caso de no ser el paciente): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Debido a el Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HPAA) la siguiente informacion debe ser proporcionada por cada paciente cada ano.

Otorgo mi autorización al Kleiman Evangelista Eye Center de proporcionar mi información médica y de seguro conforme sea necesario con el propósito de procesar cualquier reclamo o para manejar mi cuidado medico.

En caso de que un miembro familiar o cuidador acuda al medico conmigo y este presente durante mi evaluación y/o tratamiento, otorgo mi permiso al Dr. Kleiman y Dr. Evangelista, y miembros de su personal mi permiso de hablar sobre mi condición, tratamiento o diagnostico con esa persona. SI/NO

NUMERO TELEFONICO EN CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensaje? SI/NO

NUMERO TELEFONICO DEL TRABAJO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensaje? SI/NO

NUMERO DE CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensaje? SI/NO

CORREO ELECTRONICO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensaje? SI/NO

¿PODEMOS LLAMARLO EN VOZ ALTA CUANDO SE ENCUENTRE EN NUESTRA RECEPCION? SI/NO

¿CON QUIEN PODEMOS HABLAR SOBRE RESPONSABILIDAD ECONOMICA RELACIONADOS CON ESTE TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

## ¿Qué es la refracción?

La prueba de refracción, es un examen que pone a prueba la capacidad del individuo para ver un objeto a una distancia específica. La prueba consiste en mirar a través de un dispositivo llamado un foróptero para leer letras o reconocer símbolos en un cuadro de la pared a través de lentes de diferente resistencia que figuran dentro del dispositivo. (Durante este proceso, el médico le preguntará "¿Qué es mejor... uno o dos?"). Este examen se realiza como parte de un examen oftalmológico normal para determinar si una persona tiene visión normal. También se utiliza para determinar la prescripción de anteojos o lentes de contacto.

## ¿Cuándo no paga el seguro para una refracción?

Desafortunadamente, Medicare considera esto un examen de rutina y por lo tanto es un servicio no cubierto. Dado que Medicare no lo cubre, muchas empresas comerciales de seguro siguen su ejemplo y también lo consideran un servicio no cubierto.

## Nuestra política

Somos una empresa dedicada a proveer a nuestro paciente con el mejor cuidado médico y quirúrgico del ojo en el Dallas/Ft. Worth. Por lo tanto, la refracción se realizará cuando sea médicamente necesario (esto incluye a todos los pacientes nuevos, los que presentan con una disminución en la visión y anualmente después de eso). Adicionalmente, estamos encantados de realizar una refracción durante cualquier visita a su petición. Por favor tenga en cuenta que la mayoría del tiempo este servicio no será cubierto y usted será responsable del cobro.

Nuestro costo para la refracción es \$47.00 se colectara en el momento de su visita más el copago o deducible.

He sido informado, he leído lo anterior y entiendo la política de refracciones.

Firma Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_