



YAKIMA EYE
— SPECIALISTS —

1410 Lakeside Ct Ste 103 * Yakima, WA 98902 Phone (509) 453-2010 * Fax (509) 225-6421

Gracias por programar una cita con Yakima Eye Specialists, PLLC. Esperamos poder participar en su atención médica. Adjunto encontrará formularios para sus registros médicos que deben completarse antes de su cita. El formulario demográfico le pregunta sobre usted; dirección, información de contacto, empleo y cobertura de seguro. El formulario demográfico también requiere su firma en la parte inferior. Un formulario de historial médico pregunta sobre su historial médico pasado y presente. Enumere sus medicamentos actuales en el formulario de medicamentos.

Complete el paquete y devuélvalo a nuestra oficina ante de su cita si es posible o tráigalo con usted (completo) a su cita, junto con su(s) tarjeta(s) de seguro e identificación. Si no trae la documentación completa, la(s) tarjeta(s) de seguro y/o identificación, será necesario reprogramar su cita.

Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, se le reprogramará. Si tiene seguro de la vista, verifique sus beneficios antes de su examen. En el momento de su cita, especifique si desea un examen solo de la vista.

COPAGOS Y DEDUCIBLES: Recaudamos TODOS los copagos en el momento de su visita. Hay una tarifa de facturación de \$10.00 si se debe facturar el copago. Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro paguen en su totalidad en la fecha del servicio y se aplicará un 10% de descuento por tiempo de servicio. Si no tiene s tarjeta de seguro, se le pedirá que pague de forma privada su visita o re programe su cita.

REFERENCIAS: Si tiene un seguro que requiere una referencia antes de ser atendido, es su responsabilidad asegurarse de que tengamos una referencia actual antes de su visita. Si no tenemos una remisión en el momento de su visita, será necesario que pague su visita o re programe su cita.

Si no puede asistir a su cita, avísenos con al menos 24 horas de anticipación.

Gracias por hacer una cita con nuestra oficina. Agradecemos su cooperación y esperamos atender sus necesidades visuales.

Atentamente,

Yakima Eye Specialists, PLLC



YAKIMA EYE
— SPECIALISTS —

Nombre Apellido: _____ Primer: _____ Sexo: M / F

Fecha de nacimiento: ____/____/____ SSN#: _____ Apodo: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Célular: (____) ____-____ Casa: (____) ____-____ Recordatorios de texto? Si No

Estado civil: _____ Nombre de es posa (o): _____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Número de teléfono: (____) ____-____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: (____) ____-____

Idioma principal (encierre en un círculo): inglés/español/otro: _____

Médico de referencia: _____ Número de teléfono: (____) ____-____

Médico de cabecera: _____ Número de teléfono: (____) ____-____

*****SI TIENE SEGURO QUE DESEA QUE LE FACTURAMOS DEBE LLENAR LO SIGUIENTE*****

SEGURO PRIMARIO – Nombre del Plan: _____

Parte asegurada, si no es paciente - Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SS# y/o Policy#: _____ Relación del asegurado con el paciente: _____

SEGURO SECUNDARIO (SI CORRESPONDE) Nombre del plan: _____

Parte asegurada, si no es paciente - Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SS# y/o Policy#: _____ Relación del asegurado con el paciente: _____

Asegurado, si no es paciente - Nombre: _____

Parte asegurada, si no es paciente - Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SS# y/o Policy#: _____ Relación del asegurado con el paciente: _____

*****SI ESTE ES UN RECLAMO LABORAL E INDUSTRIAL, POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE*****

Fecha de la lesión: _____ Número de reclamo: _____

Empleador en el momento de la lesión _____ Número de teléfono: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O NO ES RESPONSABLE DE LA FACTURA,
POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

Fiesta esponsable: _____ SS#: _____

Número de teléfono: _____ Relación _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Yakima Eye Specialists, PLLC está autorizado a prestar servicios, medicamentos y tratamientos según sea necesario. También autorizo cualquier seguro beneficios a pagar directamente al proveedor. Asumo toda la responsabilidad por cualquier saldo impago, deducibles o denegaciones.

Firma del PACIENTE O Padre: _____ **Fecha:** ____/____/____



YAKIMA EYE
— SPECIALISTS —

1410 Lakeside Ct Ste 103 * Yakima, WA 98902 Phone (509) 453-2010 * Fax (509) 225-6421

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y ACUERDO FINANCIERO

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Asigno cualquier beneficio a Yakima Eye Specialists, PLLC que pueda tener para el reembolso de mi tratamiento médico recibido por Yakima Eye Specialists, PLLC, al que pueda tener derecho de cualquier cobertura de seguro, beneficios de compensación laboral, beneficios por discapacidad y todos los arreglos, juicios y veredictos contra cualquier tercero responsable. También entiendo y acepto pagar un cargo de \$30 incurrido por cualquier cheque devuelto.

PRUEBA DE SEGURO: Todos los pacientes deben proporcionar prueba válida y actualizada de cobertura de seguro y una copia de su licencia de conducir. Si proporcionó información de seguro incorrecta o vencida, será responsable del saldo de la reclamación. Las denegaciones de seguro por terminación de cobertura se le facturarán automáticamente.

TODOS LOS PAGOS SE DEBEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO: mientras que Yakima Eye Specialists, PLLC, como cortesía a los pacientes, facturar a a mayoría de las compañías de seguros. Si su compañía de seguros no paga la totalidad o parte de su factura, usted es responsable de todos los cargos. Conocer los beneficios de su seguro, incluida elegibilidad y los beneficios cubiertos, es su responsabilidad. Comuníquese con el servicio al cliente de su compañía de seguros si tiene preguntas sobre su cobertura. Al firmar este acuerdo, acepto la responsabilidad total de todos los cargos de Yakima Eye Specialists, PLLC.

Si no tiene seguro, ofrecemos un 10% de descuento cuando los cargos se pagan en su totalidad en el momento de su examen. Si no puede pagar la totalidad, deberá pagar la mitad de los cargos el día del examen y luego un pago mensual de al menos el 10 % del saldo.

COPAGOS: los copagos vencen en el momento del servicio. Si no puede pagar su copago, se le cobrará una tarifa de facturación de \$10.00.

He leído y comprendo las políticas de pago establecidas. Entiendo mi responsabilidad por el pago de mi cuenta con Yakima Eye Specialists, PLLC y proporcioné lo mejor que pude la información solicitada de manera precisa y completa.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre escrito: _____



Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna objeción al "Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA", solicite hablar con nuestro Oficial de cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono al 509-453-2010.

Indique los contactos personales (familiares y/o amigos: no proveedores de atención médica) con quienes se puede compartir su información personal de salud:

"Reconozco que entiendo el Avis de Prácticas de Privacidad de HIPAA."

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

AVISO DE REFRACCIÓN

TENGA EN CUENTA: en algún momento durante su examen se puede realizar una refracción. La refracción es el proceso utilizado para determinar la graduación de sus anteojos.

Si se realiza una refracción, se le dará su receta (que es válida por dos años) incluso si está satisfecho con su receta actual. Se le cobrará por este servicio.

Algunas compañías de seguros no pagan por la refracción, incluido Medicare.

Entiendo que es posible que mi seguro no pague por una refracción. Como resultado, acepto la responsabilidad de pagar la tarifa de refracción de \$60.00. Si pago la refracción en el momento del servicio y NO tengo a Yakima Eye Specialists, PLLC facturando a mi seguro, recibiré un 25% de descuento y pagaré \$45.00 por mi refracción.

Al firmar a continuación, reconozco que conozco el descuento ofrecido.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Ocupación: _____ Último examen médico: ____/____/____

HISTORIAL MÉDICO: Enumere todas las lesiones, cirugías y/o hospitalizaciones importantes que haya tenido: _____

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes que haya tenido: ojos cruzados, ojo vago, párpado caído, glaucoma, enfermedad de la retina, cataratas, cirugía ocular, infecciones oculares crónicas o lesiones oculares.

Estás embarazada o amamantando? No Sí

Usas lentes? No Sí

En caso afirmativo, cuántos años tiene su par de lentes actual? _____

Usas lentes de contacto? No Sí

ANTECEDENTES FAMILIARES: tenga en cuenta los antecedentes familiares (padres, abuelos, hermanos o hijos (vivos o fallecidos):

			Relación contigo
Ceguera	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Catarata	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Ojos cruzados	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Degeneración macular	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento de retina	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la retina	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Artritis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del corazón	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del riñon	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Lupus	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de tiroides	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	_____

HISTORIAL SOCIAL (toda la información se mantiene estrictamente confidencial). Usted:

Maneja? No Sí

Bebe alcohol? No Sí Si si cuanto: _____

Utiliza tabaco? No Sí En caso afirmativo, con qué cuánto: _____

Utiliza drogas ilegales? No Sí En caso afirmativo, con qué cuánto: _____

Marque si ha estado expuesto o infectado con lo siguiente:

Gonorrea Hepatitis _____ A _____ B _____ C VIH Sífilis

****TIENE O HA SIDO DIAGNOSTICADO CON MRSA****

(Staphylococcus aureus resistente a la meticilina) No Sí

Seguir

REVISIÓN DE SISTEMAS: Actualmente, o alguna vez ha tenido algún problema con lo siguiente:

	No	Sí
Constitucional		
Fiebre, pérdida/ganancia de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la piel		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológico		
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos		
Pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión distorsionada/halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de visión lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción Mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de objeto foráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de lágrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección Crónica Ojo/Parpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orzuelos o chalazión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luces de cuetes en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flotadores en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrino		
Tiroides/Otras Glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No	Sí
Oídos, Nariz, Boca, Garganta		
Alergias/fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goteo postnasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garganta/Boca Seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratorio		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascular/Cardiovascular		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal		
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitales/Riñón/Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huesos/Articulaciones/Músculos		
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linfático/hematológico		
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alérgico/Inmunológico		
Psiquiátrico		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores o tiene una afección que no figura en la lista, explique:

Nombre _____ Fecha: ____/____/____

Enumere todos los medicamentos, incluidas aspirinas, medicamentos de venta libre, vitaminas y remedios caseros.

Medicamento/Dosificación

Razón para tomar

ES USTED ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO

En caso afirmativo, enumere:

Medicamento

Reacción

Si su lista de medicamentos o alergias es demasiado larga para caber en la página, traiga una lista para que la copiemos.



YAKIMA EYE
— SPECIALISTS —

1410 Lakeside Ct Ste 103 * Yakima, WA 98902 Phone (509) 453-2010 * Fax (509) 225-6421

Si Medicare o un plan de reemplazo de Medicare es su Seguro Primario o secundario, complete el:

Medicare Lifetime Authorization

Nombre y dirección del paciente:

Identificación de Medicare del paciente o Identificación del plan de reemplazo de Medicare:

Yakima Eye Specialists, PLLC
1410 Lakeside Court #103
Yakima, WA 98902

Solicito que el pago bajo el programa de seguro médico se haga a mí o al proveedor mencionado anteriormente en cualquier factura por los servicios que se me hayan brindado. Entiendo que esta es una autorización de por vida y permanecerá vigente hasta nuevo aviso por escrito del paciente. Autorizo al proveedor mencionado anteriormente a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este reclamo o cualquier reclamo de Medicare relacionado. Además, permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____