

AffinityAnalytics historial del paciente

<b>Apellido, Nombre</b>		<b>Nombre de preferencia</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Identificación del paciente</b>
<b>Médico</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora de cita</b>	<b>Tipo de examen</b>	<b>Categoría</b>
<b>Fecha de última cita/tipo:</b>		<b>Razón de su visita:</b>		
<b>Seguro médico:</b>				
<b>Seguro de la vista:</b>				
Cada año su médico recomienda fotos digitales de la parte posterior del ojo. Estas fotos ayudan a su médico en la identificación de desórdenes oculares potencialmente: ceguera y enfermedades tales como: glaucoma, degeneración macular, enfermedad ocular diabética, etc. Las fotos no están cubiertas por el seguro de la vista, ¿está bien hacerlo hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me gustaría tener más información                      Firma del paciente _____				

**Información demográfica:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Hogar \_\_\_\_\_                       Trabajo: \_\_\_\_\_                       Celular: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo/escuela: \_\_\_\_\_

**Información del seguro médico primario:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Es necesario dilatar las pupilas para realizar un examen ocular completo y detallado. Esto le permite al médico obtener una mejor vista de la parte posterior de sus ojos. Las gotas que dilatan típicamente duran 3-4 horas. Durante este tiempo, puede que le resulte difícil enfocar de cerca y puede ser sensible a la luz. Después de la dilatación se te proporcionarán gafas de sol. Después de la dilatación, recomendamos precaución al manejar o al trabajar con maquinaria o equipos. Si siente que no podrá manejar o regresar al trabajo, podemos reprogramar la parte de dilatación de su examen. **ENTENDIENDO LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA DILATACIÓN. ACEPTO REHUSO** la dilatación.

En el caso de que sea necesario que compartamos su expediente o solicitemos su expediente a otro profesional de la salud, se requiere su permiso por escrito. Por favor lea y firme a continuación.

FIRMA DEL PACIENTE (paciente o tutor): \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD DE SEGURO/FINANCIERA- POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

Nuestra oficina intenta obtener los beneficios correctos de seguro médico para cada paciente. Para hacerlo, se nos debe proporcionar información actualizada. Antes de venir a su cita, esperamos que cada paciente esté familiarizado con los beneficios de su seguro. Presentar un reclamo a su seguro médico no es una garantía de pago. Cualquier cantidad no pagada por el seguro será su responsabilidad. En estas situaciones, después de que el paciente paga el copago, coaseguro y cualquier cantidad de su deducible o cualquier cargo no cubierto por el seguro, automáticamente presentaremos un reclamo a su seguro por el reembolso del saldo restante que será pagado directamente a nosotros. Si su seguro médico no es uno con el que tenemos contrato, es su responsabilidad pagar los servicios a nosotros y presentar un reclamo a su seguro médico para que le puedan reembolsar. Le proporcionaremos la documentación apropiada para hacerlo. Tenga en cuenta: que en cualquier situación, la responsabilidad final de las obligaciones financieras cae en usted. Apreciamos su cooperación en este asunto. Si en algún momento tiene preguntas sobre el seguro médico o la facturación, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina. Haremos todos los intentos razonables para ayudarlo. Gracias.

**Es política de esta oficina exigir:**

- |   |   |
|---|---|
| 1.) El pago completo o al menos la mitad antes que podamos hacer el pedido. | 3. Se cobrará un cargo de \$ 25.00 por los cheques devueltos. |
| 2.) El saldo debe pagarse en el momento en que se entrega la orden.         | 4. Todos los pedidos son finales no hay devoluciones          |

**AGRADECEMOS POR TOMARSE EL TIEMPO EN COMPLETAR ESTE DOCUMENTO Y ELEGIRNOS PARA BRINDARLE ATENCIÓN DE LA VISTA/CUIDADO DE LOS OJOS.**

Firma del paciente (paciente o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_