



Orlando Eye Specialists

10815 Dylan Loren Circle

Orlando, FL, 32825

☎ 407-966-3770

📠 407-930-1550

rsvp@orlandoeyespecialists.com

orlandoeyespecialists.com

1. Informacion Demográfica

Nombre _____		Apellido _____	
Fecha de Nacimiento _____	Genero _____	Numero de Seguro Social _____	
Dirección Postal _____			
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	
Numero de Teléfono: Celular _____	Numero de Teléfono: Hogar _____	Numero de Teléfono: Trabajo _____	
Correo Electronico _____		Ocupación _____	
Estado Civil	Raza	Etnicidad	
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Raza Negra <input type="checkbox"/> Raza Blanca	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	
<input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo-Americano	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	
	<input type="checkbox"/> Prefiero No Contestar	<input type="checkbox"/> Prefiero No Contestar	
Medico de Cabecera _____		Medico que lo Refirió _____	
Nombre de su Farmacia _____	Dirección de su Farmacia _____	Teléfono de su Farmacia _____	
Contacto para Emergencias (Nombre) _____	Relación con el Paciente _____	Teléfono de Emergencia _____	

2. Nombre de la Personas Autorizadas a Discutir su Cuidado Medico

	Nombre	Relación
1		
2		

3. Seguro Medico Primario

Aseguradora _____	Dirección _____
-------------------	-----------------

Numero de Grupo:

Numero de Identificación

¿Cuanto es su deducible?

4. Seguro Medico Secundario

Aseguradora

Dirección

Numero de Grupo:

Numero de Identificación

¿Cuanto es su deducible?

5. Por Favor Suba una Foto de su Identificación y Seguro(s) Medico(s)

6. Historial Oftalmológico

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Ojos Rojos | <input type="checkbox"/> Picor de Ojos |
| <input type="checkbox"/> Ojos Secos | <input type="checkbox"/> Ojos Llorosos | <input type="checkbox"/> Vision Borrosa |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Ojos | <input type="checkbox"/> Flotadores | <input type="checkbox"/> Contracciones en sus Parpados |
| <input type="checkbox"/> Luces Brillantes | <input type="checkbox"/> Uveitis | <input type="checkbox"/> Historial de Trauma |
| <input type="checkbox"/> Ojo Perezoso | <input type="checkbox"/> Otro(s) | |

Favor de especificar si marco "otro(s)".

7. Cirugías en los Ojos

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Cirugía de Catarata | <input type="checkbox"/> Cirugía de Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Retina | <input type="checkbox"/> Cirugía de Estrabismo (músculos de los ojos) | <input type="checkbox"/> Lasik/PRK/RK |
| <input type="checkbox"/> Otro(s) | | |

Favor de especificar si marco "otro(s)"

8. Historial Medico

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna Condición | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Angina |
| <input type="checkbox"/> Asiedad | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B or C |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Problemas en los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Pulmonia | <input type="checkbox"/> Prostatitis |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Otros(s) | | |

Por favor especificar si marca "otro(s)"

9. Historial Quirúrgico General

10. Lista de Medicamentos con o sin Prescripción

	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia
1			
2			

11. Suplementos o Remedios Naturales

	Nombre del Suplemento	Dosis	Frecuencia
1			
2			

12. Hábitos:

	Frecuencia
Fumar	
Consumo de Alcohol	
Drogas	
Te	
Cafe	

13. Alergias (medicamentos, comidas, factores ambientales, etc.)

Signature

Date



Orlando Eye Specialists

10815 Dylan Loren Circle

Orlando, FL, 32825

☎ 407-966-3770

📠 407-930-1550

rsvp@orlandoeyespecialists.com

orlandoeyespecialists.com

CONSENTIMIENTO SOBRE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Tengo entendido que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica. Entiendo que esta información puede y será utilizada para los fines de realizar y coordinar su cuidado médico, obtener pagos y facilitar labores relacionadas a su cuidado en Orlando Eye Specialists, PA.

Reconozco que el Aviso de Prácticas de Privacidad, que proporciona una explicación completa de cómo mi información médica privada puede ser utilizada o divulgada, esta disponible en la oficina o en la pagina de Internet: <https://orlandoeyespecialists.com/patientcenter/>.

Tengo entendido que Orlando Eye Specialists, PA tiene derecho a modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad cuando sea necesario, y que puedo contactar la oficina en cualquier momento para obtener la copia más reciente de este aviso.

Entiendo que puedo pedir por escrito restricciones sobre el uso o la divulgación de mi información médica privada. También entiendo que Orlando Eye Specialists, PA no está obligado a aceptar estas restricciones, pero si están obligados a acatar cualquier restricción que sea acordada.

Entiendo que puedo revocar por escrito mi consentimiento sobre el uso o la divulgación de mi información médica privada. No se verá afectado cualquier uso o divulgación que ya ha ocurrido antes de la fecha en que se recibe la revocación.

Según HIPAA, Orlando Eye Specialists, PA se reserva el derecho de proveer/declinar servicios médicos si este consentimiento no se firma.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE CONSENTIMIENTO. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA DE ACUERDO AI AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Paciente o Encargado: Signature

Date



Orlando Eye Specialists

10815 Dylan Loren Circle

Orlando, FL, 32825

☎ 407-966-3770

📠 407-930-1550

rsvp@orlandoeyespecialists.com

orlandoeyespecialists.com

POLÍTICA GENERAL Y FINANCIERA

Orlando Eye Specialists, PA tiene la responsabilidad de proveer servicios médicos de alta calidad a sus pacientes. Para poder mantener una buena relación médico-paciente y continuar una labor médica de excelencia, es importante que el paciente asuma responsabilidad sobre su obligación financiera hacia nuestra práctica. Las siguientes son las políticas financieras que hemos establecido.

SEGURO MEDICO

Como una cortesía a nuestros pacientes, nosotros someteremos los reclamos de sus visitas y procedimientos directamente a su aseguradora. Cuando presentamos una reclamación en su nombre, se sobreentiende que los beneficios serán asignados a Orlando Eye Specialists, PA (es decir, su aseguradora le pagará directamente a Orlando Eye Specialists, PA). Usted es responsable de cualquier deducible, copago o servicio no cubierto por su seguro médico. Por favor recuerde que la cobertura médica es un contrato entre el paciente y su compañía de seguros. Es importante que usted comprenda los beneficios de su plan pues sobre usted recae la responsabilidad final de cualquier pago. Si hay un crédito en la cuenta del paciente, sepa que los reembolsos para los pacientes se envían cada tres(3) meses.

Todos los co-pagos o deducibles eran colectados antes de su visita con el doctor.

PATIENT PROTECTION AND AFFORDABLE CARE ACT (PPACA)

Los pacientes que adquieran su seguro médico a través del "Individual Marketplace" deberán presentar evidencia de cubierta activa con su seguro. Será necesario traer prueba del pago de su prima mensual antes de su cita (ej. Estado de cuenta bancaria, recibo, documento de la compañía de seguro). Los pacientes que no puedan presentar esta evidencia deberán pre-pagar la visita antes de ver al doctor.

REFERIDOS

Es su responsabilidad conocer si su seguro médico requiere un referido o autorización antes de visitar nuestra práctica. Usted debe obtener ese referido antes de hacer una cita con Orlando Eye Specialists, PA. Nuestra oficina puede ayudarle a clarificar cualquier duda en relación su cubierta. Recomendamos que llame a su plan médico con tiempo para que verifique sus beneficios y el nombre del médico que desea ver. Los referidos suelen tener fecha de expiración y usualmente cubren un número determinado de visitas. Es su responsabilidad conocer las fechas y visitas de su referido. Pacientes sin referido deberán pagar en efectivo su visita si desean ver al doctor.

CARGO POR REFRACCIÓN:

Nosotros cobramos un cargo de \$40.00 por refracción si su seguro no cubre refracciones o recetas de

espejuelos/gafas. Le pedimos que pague este cargo antes de que se le haga su refracción.

CITAS:

Le pedimos que nos llame para cancelar sus citas con más de 24 horas de anterioridad. Se le aplicará un cargo administrativo de \$40.00 si usted no asiste a su cita o cancela con menos de 24 horas de anticipación.

PROCEDIMIENTOS Y CIRUGÍAS:

Se le aplicará un cargo administrativo de \$60 si usted no asiste a cualquier cita hecha específicamente para procedimientos o tratamientos con láser en la oficina. Se le aplicará un cargo administrativo de \$100 si usted no asiste a cualquier cita hecha específicamente para cirugía.

CHEQUES DEVUELTOS

Se le aplicara un cargo de \$30.00 a cualquier cheque devuelto.

PAGOS ATRASADOS

Nosotros otorgamos un periodo de 30 días para saldar su cuenta. Pacientes que no manifiesten interés en el cumplimiento de sus obligaciones financieras serán referidos a una Agencia de Colección.. Un cargo de \$50 ó 25% del balance (el que sea mayor) se le aplicará a su balance final al momento de ser referido a una agencia de colección. Todo paeinte referido a una Agencia de Colección seran permanentemente removidos de la práctica.

OTROS CARGOS

Copias de los récords médicos tendrán un costo administrativo de \$1 por página hasta \$25. Luego de eso será \$.25 por página.

Cualquier tipo de documento del DMV, que debe ser llenado por el doctor, tendrá un costo de \$15. Otras cartas, certificaciones ó documentos de incapacidad tendrán un costo de \$75.

Llamadas que requieran una llamada del doctor fuera de horas laborables tendrán un cargo de \$50.

Cualquier comunicación vía correo electrónico, texto o portal solicitando una opinión medica del doctor será facturada de acuerdo a las reglas de CMS.

CÓDIGO DE CONDUCTA:

Es muy importante para Orlando Eye Specialists, PA poderle brindar una ambiente seguro y respetuoso a todos nuestros pacientes, familiares y empleados. Los siguientes comportamientos quedan totalmente prohibidos dentro de nuestras facilidades:

- Posesión de armas de fuego o armas blancas dentro de la oficina
- Violencia física de cualquier tipo
- Tirar objetos

- Treparse en las sillas o equipos
- Conversaciones por teléfono en áreas clínicas o sonidos fuertes en el celular.
- Daño intencional a la propiedad o robo
- Intimidar o acosar a otras personas
- Haces expresiones ofensivas y/o amenazas de violencia en la oficina, por e-mail, por teléfono, por correo de voz o por cualquier otro medio escrito o verbal.
- Cualquier comentario o acción que discrimine en contra de raza, religión, cultura u orientación sexual.

Si usted es víctima de este tipo de comportamiento por favor repórtate inmediatamente a uno de nuestros empleados. Toda persona que viole estas reglas podrá ser removida de las facilidades y expulsada de la práctica. Padres y adultos son responsables de supervisar a sus niños y de cualquier daño que estos ocasionen.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

Por este medio autorizo a mi compañía aseguradora (plan médico) a que emita pagos directamente a Orlando Eye Specialists, P.A. por los servicios médicos recibidos. Entiendo que soy responsable por el pago de todos los servicios no cubiertos, copagos, deducibles y cualquier otro cargo (s) que mi plan médico considere es mi responsabilidad.

Reconozco que soy responsable de pagar cualquier cargo aplicado a mi cuenta dentro de un periodo de 30 días. También reconozco que soy responsable de cualquier cargo, interés, costo de litigio y/o cualquier otro cargo asociado con la colección de cualquier duda que exceda los 30 días.

Paciente o Encargado Signature

Date



Orlando Eye Specialists

10815 Dylan Loren Circle

Orlando, FL, 32825

☎ 407-966-3770

📠 407-930-1550

rsvp@orlandoeyespecialists.com

orlandoeyespecialists.com

Política Sobre Condiciones Crónicas y Medicamentos:

Todo paciente que este siendo evaluado y tratado en Orlando Eye Specialists, PA por una condición crónica (glaucoma por ejemplo) tiene que asistir a sus citas de seguimiento para poder recibir repeticiones de sus medicamentos. NO se les enviara repeticiones de medicamentos a pacientes que falten a sus citas sin excepciones. Es imposible manejar condiciones crónicas de manera apropiada sin las evaluaciones requeridas. Pacientes que falten a sus citas de seguimiento podrán ser despedidos de manera permanente de la práctica.

Yo comprendo que soy responsable por mi salud y que no recibiré repeticiones de mis medicamentos si no asisto a las citas de seguimiento.

Paciente o Encargado Signature

Date



Orlando Eye Specialists

10815 Dylan Loren Circle

Orlando, FL, 32825

☎ 407-966-3770

📠 407-930-1550

rsvp@orlandoeyespecialists.com

orlandoeyespecialists.com

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se utilizan gotas dilatadoras para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos a fin de permitir que el oftalmólogo tenga una mejor visualización del interior del ojo. Las gotas dilatadoras suelen producir visión borrosa durante un determinado período de tiempo que varía de una persona a otra y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. Su oftalmólogo no puede predecir hasta qué punto se verá afectada su visión. Debido a que puede ser difícil conducir inmediatamente después de un examen, es aconsejable que haga los arreglos necesarios para no tener que conducir.

Las reacciones adversas, como glaucoma por cierre agudo de ángulo pueden desencadenarse con las gotas dilatadoras. Es un evento extremadamente raro y puede tratarse con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo a Javier Pérez MD, FACS y/o a los asistentes que puedan estar encargados de administrar estas gotas, que me las administren. Las gotas son necesarias para diagnosticar mi enfermedad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS A MENORES

Yo autorizo a Orlando Eye Specialists, PA a administrar medicamentos oftálmicos (gotas para los ojos) a mi hijo(a). Yo entiendo que estos medicamentos son para propósitos de diagnóstico y tratamiento.

Yo comprendo que mi hijo(a) puede que necesite ser restringido(a) para poder facilitar el examen de sus ojos. Si eso fuera necesario, yo soy responsable de restringir o inmovilizar a mi hijo(a).

Firma del Paciente o Encargado Signature

Date