

# CLIFFSIDE EYE CENTER

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA Y OCULAR DEL PACIENTE

Nombre:	Fecha:																				
Edad:	Médico de Cabecera																				
¿Tiene diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Desde hace cuántos años?	Oftalmólogo Previo																				
¿Cómo supo de nosotros?	Fecha de su último examen de la vista:																				
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Internet	Correo electrónico:																				
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Motivo de su visita</b> <input type="checkbox"/> Examen anual / chequeo de lentes de contactos <input type="checkbox"/> He notado cambios en mi visión <input type="checkbox"/> Evaluación Diabética <input type="checkbox"/> Evaluación de Cataratas <input type="checkbox"/> Segunda Opinión <input type="checkbox"/> Evaluación de corrección láser																					
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Síntomas de los ojos:</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Visión Borrosa  <input type="checkbox"/> Ojos Secos  <input type="checkbox"/> Cataratas  <input type="checkbox"/> Manchas / flotantes  <input type="checkbox"/> Dificultad para leer  <input type="checkbox"/> Destellos o Halos                 </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Quemazón  <input type="checkbox"/> Ardor  <input type="checkbox"/> Picazón  <input type="checkbox"/> Lagrimeo  <input type="checkbox"/> Ojos Rojos o Inflamados  <input type="checkbox"/> Ojos Cansados  <input type="checkbox"/> Presión                 </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz  <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza  <input type="checkbox"/> Migrañas  <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Mala visión nocturna  <input type="checkbox"/> Otro: _____                 </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Ojos Secos <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Manchas / flotantes <input type="checkbox"/> Dificultad para leer <input type="checkbox"/> Destellos o Halos	<input type="checkbox"/> Quemazón <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Lagrimeo <input type="checkbox"/> Ojos Rojos o Inflamados <input type="checkbox"/> Ojos Cansados <input type="checkbox"/> Presión	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Mala visión nocturna <input type="checkbox"/> Otro: _____																	
<input type="checkbox"/> Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Ojos Secos <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Manchas / flotantes <input type="checkbox"/> Dificultad para leer <input type="checkbox"/> Destellos o Halos	<input type="checkbox"/> Quemazón <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Lagrimeo <input type="checkbox"/> Ojos Rojos o Inflamados <input type="checkbox"/> Ojos Cansados <input type="checkbox"/> Presión	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Mala visión nocturna <input type="checkbox"/> Otro: _____																			
Medicamentos Recetados:																					
¿Qué gotas para los ojos usa?																					
¿Es alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál(es)?:																					
Farmacia donde recoge sus medicamentos (nombre y ciudad)																					
<b>Historial Ocular, Médico y Familiar</b>																					
<b>Antecedentes Médicos y Evaluación General</b>	<b>Antecedentes Oculares</b>																				
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Usted</i> <span style="float: right;"><i>Familia</i></span>																				
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón <input type="checkbox"/> Diabetes : Si / No _____ Años <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias <input type="checkbox"/> Problemas de Oído, Nariz o Garganta <input type="checkbox"/> Problemas de circulación: <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos: <input type="checkbox"/> Alergias: <input type="checkbox"/> Otro _____	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"><input type="checkbox"/> Cataratas</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Glaucoma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Degeneración Macular</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ojos Secos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ambliopía/Ojo Perezoso</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de la Retina</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infecciones Oculares</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento con Láser</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ojos Secos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ambliopía/Ojo Perezoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infecciones Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tratamiento con Láser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Ojos Secos	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Ambliopía/Ojo Perezoso	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Retina	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Infecciones Oculares	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Tratamiento con Láser	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/>																				
<b>Estilo de Vida y Hábitos:</b> Por favor, indique si realiza o consume lo siguiente: Alcohol _____ # de bebidas por semana Fuma _____ # de cigarrillos por día desde hace _____ años ¿Usted maneja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Intereses, pasatiempos y actividades recreativas _____																					
¿Cuál tipo de anteojos utiliza ahora? <input type="checkbox"/> Monofocales <input type="checkbox"/> Bifocales <input type="checkbox"/> Progresivos ¿Está satisfecho con su anteojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no, explique _____																					
¿Qué tipo de lentes de contacto usa? <input type="checkbox"/> Blandos <input type="checkbox"/> Desechables <input type="checkbox"/> Rígidos permeables al gas																					
¿Cuántas horas al día usa la computadora? <input type="checkbox"/> 1-3 hrs <input type="checkbox"/> 3-6 hrs <input type="checkbox"/> 6+ horas																					

Preguntas: \_\_\_\_\_

## HIPAA E INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) establece medidas de protección para garantizar su privacidad. Existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o ser notificado sobre su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). HIPAA le otorga ciertos derechos y protecciones como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio profesional de calidad y atención médica.

La Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) describe cómo puede usarse y divulgarse su Información de Salud Protegida (PHI) y cómo puede acceder a esta información. Para obtener más detalles y ver la política en su totalidad, visite la página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov). Cliffside Eye Center, LLC está legalmente obligado a proteger la privacidad de su información médica, la cual puede revelar su identidad. Su información será tratada de manera confidencial y adecuada. Esto incluye, específicamente, el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, farmacias y aseguradoras según sea necesario y apropiado para su atención médica. La Información de Salud Protegida (PHI) incluye datos que lo identifican, como información demográfica, genética y cualquier otro dato relacionado con su estado de salud físico o mental, pasado, presente o futuro, así como los servicios de atención médica que recibe.

Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes es una prioridad para nosotros. Por defecto, solo divulgaremos información médica del paciente al paciente mismo o a su tutor legal. Si desea autorizar a Cliffside Eye Center y al Dr. Richard Levine a compartir información sobre su atención médica con otra persona, por favor indíquelo a continuación:

_____ Nombre del familiar o contacto de emergencia	_____ Relación con el paciente	_____ Número de teléfono
---	-----------------------------------	-----------------------------

Al firmar, certifico que he recibido y comprendido la Notificación de Prácticas de Privacidad y doy mi consentimiento para el uso de mi Información de Salud Protegida (PHI) según lo descrito.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

# Cliffside Eye Center

## Autorización de Servicios

*Este documento firmado sirve como autorización general para lo siguiente:*

Soy consciente de que debo cubrir cualquier costo que no sea pagado por mi seguro, incluyendo copagos, coseguro, deducibles y/o tarifas de refracción cuando correspondan.

### Pago Por Cuenta Propia

Entiendo que soy totalmente responsable de todos los costos asociados con los servicios prestados.

### Autorización de Seguro

He proporcionado a Cliffside Eye Center una copia de mi cobertura de seguro actual. Autorizo a la clínica a presentar reclamaciones por los servicios prestados a mi aseguradora. Además, autorizo la divulgación de mis registros médicos a mi aseguradora según sea necesario para procesar mis reclamaciones de pago.

### Referencias Médicas

Reconozco que es mi responsabilidad verificar si mi seguro requiere una referencia médica. En caso de ser necesaria, debo obtenerla de mi médico de cabecera antes de acudir a Cliffside Eye Center. Entiendo que, si no presento la referencia en el momento de la consulta, seré responsable del pago total del servicio.

---

Firma del Paciente o Tutor

---

Fecha