



Bienvenido a Cool Springs EyeCare y Donelson EyeCare!

Esperamos verte y ayudarte con tu visión y salud ocular. Como práctica de atención primaria integral brindamos una gama completa de servicios desde el examen de la vista hasta lentes de contacto y anteojos. Sin embargo, también proporcionamos LASIK y otras consultas de cirugía refractiva, evaluamos y determinamos la atención quirúrgica para pacientes con cataratas, y tratamos y manejamos el glaucoma, las infecciones y las emergencias oculares.

Proporcionamos servicios *Lifetime of Eye Care*, comenzando con nuestros exámenes Infant See®, para bebés desde el nacimiento hasta un año de edad y continuando a través del cuidado de la vista "maduro" para aquellos que se acercan a los 100 años de edad. En el medio, cuidamos las necesidades de visión de todas las edades ya sea que necesites una buena visión escolar, cuidado de lentes de contacto, mejora del desempeño de la visión deportiva, un primer par de lentes bifocales (sin línea), o administración de salud ocular y prevención de enfermedad.

Lo que es más importante, creemos que sentirá la amabilidad y los extras del servicio de los que nos enorgullecemos en estas prácticas. Nuestro personal está capacitado por expertos y continuamente aprende nuevos aspectos del cuidado de los ojos para ayudar mejor a los pacientes.

Nuestros médicos trabajan en equipo y a menudo se consultan entre sí en casos especializados.

Trabajamos extremadamente duro para tener acceso a citas. A nadie le gusta esperar, así que tratamos de minimizar tanto su espera para una cita como el tiempo que pasa esperando durante su visita. Sin embargo, nunca debes sentirte apresurado en nuestra oficina. Nuestro objetivo es verte esta vez y durante los próximos años. Esto lleva a un *Lifetime of Eye Care* provisto para y con usted.

Esperamos que este paquete de formularios sea conveniente y le ayude a ahorrar tiempo durante su cita. Si hay algo más que podamos hacer por usted antes, durante o después de su visita, no dude en contactarnos. Esperamos verte pronto . . . y durante mucho tiempo en el futuro!

Drs. Jeff y Susan Kegarise, propietarios, y los doctores y el personal en Cool Springs EyeCare y Donelson EyeCare



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nuestra prioridad es mantener sus ojos sanos y funcionando en su mejor momento y en el futuro. Nuestras decisiones y recomendaciones siempre se basarán en lo que creemos que es lo mejor para usted en términos de servicios, productos, cirugía o atención preventiva. Aquí hay algunas preguntas de historia que nos ayudarán a brindarle la atención que se merece.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Correo Electronico: _____ Empleado: _____

Estado de Empleo: *Encierre en un círculo abajo* Ocupación: _____

Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado

Estado civil: *Encierre en un círculo abajo* Número de seguridad social: _____

Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Medical Professionals:
Médico de Atención Primaria: _____ Numero de Telefono: _____

Especialista (s): _____ Numero de Telefono: _____

Último Optometrista: _____ Numero de Telefono: _____

Farmacia: _____ Numero de Telefono: _____

Historial Médico:

Marque con un círculo "Sí" o "No" para indicar si usted o un miembro de su familia tienen, o han tenido cualquiera de las siguientes afecciones médicas generales o relacionadas con los ojos.

	<u>TÚ MISMO</u>		<u>FAMILIA</u>	
AIDS/HIV	Si	No	Yes	No
Arthritis	Si	No	Yes	No
Asthma	Si	No	Yes	No
Bleeding disorder (Hemophilia)	Si	No	Yes	No
Ceguera o pérdida de visión	Si	No	Si	No
Cáncer	Si	No	Si	No
Cataratas	Si	No	Si	No
Dependencia química	Si	No	Si	No
Diabetes	Si	No	Si	No
Sensibilidad a los medicamentos	Si	No	Si	No
Enfisema	Si	No	Si	No



Cirujía de ojo tipo: _____	Si	No	Si	No
Glaucoma	Si	No	Si	No
Problemas cardiacos	Si	No	Si	No
Hepatitis (tipo _____)	Si	No	Si	No
Hipertensión	Si	No	Si	No
Enfermedad del Riñon	Si	No	Si	No
Ojo vago	Si	No	Si	No
Lupus	Si	No	Si	No
Migrañas o dolores de cabeza	Si	No	Si	No
Marcapasos	Si	No	Si	No
Pobre visión del color	Si	No	Si	No
Enfermedad de la Retina	Si	No	Si	No
Fiebre Reumática	Si	No	Si	No
Culebrilla	Si	No	Si	No
Condiciones de la piel	Si	No	Si	No
Derrame Cerebral	Si	No	Si	No
Condición de la tiroides	Si	No	Si	No
Tuberculosis	Si	No	Si	No
Ojo Vuelto	Si	No	Si	No

Government Requirement:		Última presión arterial ____/____
Altura _____	Peso _____	
Género _____	Raza _____	Idioma preferido English/ Español

¿Estas embarazada? Si No
 ¿Consumo de tabaco o alcohol? Si No
 ¿Alguna alergia a algún medicamento o alergia ambiental?: Si No

: _____
 Por favor indique cualquier otra condición médica que tenga.

Medicamentos que está tomando.

<u>MEDICAMENTOS:</u>	<u>CONDICIÓN MÉDICA:</u>

Política de Privacidad y Pagos

Individual Photos: Estamos haciendo algo nuevo y agregando una foto individual a su registro de paciente. Esto ayuda a nuestros médicos y al personal a brindar continuidad de la atención ya sea que reciba atención aquí o por correo electrónico o por teléfono. *Inicial:* _____

Pagos: El pago vence en el momento del servicio. Esto incluye copagos, deducibles, porcentajes de copago y todo lo que no esté cubierto por el seguro. Aceptamos cheques, efectivo, Care Credit, Visa, MasterCard y Discover. También podemos ayudarlo a establecer planes de pago para la cirugía LASIK. *Inicial:* _____

Seguro: Su factura es su responsabilidad. Haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarlo a entender su cobertura, y nosotros le archivaremos el seguro como una cortesía siempre que sea posible. Cualquier saldo existente después de que su reclamación es presentada. Le llamaremos o enviaremos una declaración para explicar cualquiera de los cargos, y pagos adeudados. *Inicial:* _____

Lentes de contactos: El uso de lentes de contactos requiere pruebas adicionales, evaluación y seguimiento para garantizar la salud y el rendimiento del ojo. Hay tarifas adicionales asociadas con la evaluación de lentes de contactos más allá de un examen ocular normal. Estas tarifas son anuales y están determinadas por la complejidad del caso y el tiempo requerido *Inicial:* _____

Seguro médico y de la visión: Se puede presentar un seguro médico para algunos diagnósticos, como conjuntivitis (ojo rosado), glaucoma o sospecha de glaucoma, diabetes en el ojo, cataratas, flotadores, etc. Seguro de la vista, paga por un examen ocular de rutina anual y contribuye a los anteojos, lentes de contactos y, a veces, cirugía LASIK. Obtendremos información del seguro sobre su visión y cobertura médica, incluidas copias de sus tarjetas *Inicial:* _____

Servicios de atención médica: Nuestros doctores tratan una variedad de problemas oculares y enfermedades. Si surge la necesidad de una cirugía o referencias a otros especialistas, su firma en la conclusión de estos formularios es su autorización para que nuestros médicos discutan, compartan y transfieran toda y cualquier información clínica y datos conforme a su cuidado. *Inicial:* _____

Citas: Las citas se pueden hacer por internet o por teléfono. Por favor, háganos saber lo antes posible si necesita cancelar una cita para que podamos utilizar ese tiempo para otros pacientes. Usted comprende que podemos recordarle las citas por correo electrónico o por teléfono. *Inicial:* _____

Salvos impagos, cobros y fondos insuficientes: Le notificaremos por correo postal, correo electrónico o teléfono con respecto a su factura. Haremos todo lo posible por notificarle con anticipación los cargos incurridos por las pruebas que su médico recomienda. Tiene derecho a preguntar en el momento del servicio, antes de cualquier prueba, si se incurrirá en algún cargo adicional. Si no lo hace, renuncia al derecho y se apegará a las políticas habituales de facturación y cobranza. Las agencias de cobro se usan solo cuando es necesario. *Inicial:* _____

Dilatación: Nuestra oficina ofrece imágenes de retina Optomap® para la comodidad de los pacientes que desean evitar los efectos secundarios de la dilatación. Los efectos secundarios pueden incluir sensibilidad a la luz, dificultad para enfocar, deslumbramiento, problemas para leer o con tareas y dificultades para conducir. Entendemos que la mayoría de los pacientes elegirán Optomap®. Si decide estar dilatado, asume el riesgo de los posibles efectos secundarios y no responsabilizará a Cool Springs EyeCare PLLC, Donelson EyeCare PLLC, sus médicos, asociados o empresas. Puede solicitar gafas de sol posteriores a la dilatación. *Inicial:* _____



Refracción: Determinamos la prescripción requerida para sus anteojos o lentes de contacto. Para los pacientes con diagnósticos médicos y de salud ocular, esta es a menudo una prueba especial necesaria. Las compañías de seguros requieren que le facturemos esto por separado. El cargo es de \$80.00. Sin embargo, si no tienes Seguro y pagas hoy, hay un descuento por tiempo de servicio de \$30.00. Su costo hoy es \$50.00.

Inicial: _____

Prácticas de privacidad HIPAA: Usted comprende que bajo la "Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996" usted tiene ciertos derechos a la privacidad con respecto a su información de salud protegida. Usted reconoce que ha sido informado y ha tenido acceso a la Notificación de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de su información de salud. Usted comprende que Cool Springs EyeCare PLLC y Donelson EyeCare PLLC tienen el derecho de cambiar sus Avisos de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puede comunicarse con estas organizaciones en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Inicial: _____

Reembolsos: Cualquier reembolso en su cuenta será procesado lo más pronto posible. Se proporcionarán después de que se haya pagado todo el seguro de la cuenta. Los cheques de reembolso son procesados mensualmente por el auditor de práctica y el director financiero.

Inicial: _____

Autorización, asignación y liberación: Su firma a continuación autoriza a Cool Springs EyeCare PLLC, Donelson EyeCare PLLC y sus agentes a divulgar toda la información relacionada con usted o la atención de sus dependientes con el fin de obtener una compensación de seguro, precertificación o registros médicos. Al firmar, también reconoce que comprende que es posible que Medicare o su compañía de seguros no cubran todos los servicios. Usted será completamente responsable de todos los cargos no cubiertos por su seguro. Además, usted solicita que todos los pagos en su nombre se paguen directamente a Cool Springs EyeCare PLLC o Donelson EyeCare PLLC. También autoriza que cualquier titular de información médica sobre usted libere a su compañía de seguros secundaria (o Medi-Gap) cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Estas asignaciones permanecerán vigentes hasta que usted las revoque por escrito.

Autorización para revelar información: Doy permiso para permitir que la divulgación / discusión de mi información médica sea _____, relación con el paciente _____, en caso de que no esté disponible.

Acepto permitir que Cool Springs EyeCare o Donelson EyeCare dejen mensajes / resultados detallados en mi correo de voz. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Cool Springs EyeCare o Donelson EyeCare si hay algún cambio en la información anterior.

Inicial: _____

Firma del paciente (o parte responsable si el paciente es menor de edad)

Fecha

Por favor imprima el nombre del paciente