



1

◆ **DATOS DEMOGRÁFICOS**

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ (CELULAR O CASA)

GÉNERO: MASCULINO FEMENINO OTRO

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A)

DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

3

◆ **CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

◆ **INFORMACIÓN DE FARMACIA**

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

4

◆ **COMPENSACION O SIN CULPA**

FECHA DE ACCIDENTE: _____

COMPENSACION AUTO

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

NUMERO DE RECLAMO: _____

2

◆ **INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO**

COMPAÑÍA: _____

NÚMERO DE PÓLIZA / ID: _____

NÚMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____

SECUNDARIO (SI APLICA)

COMPAÑÍA: _____

NÚMERO DE PÓLIZA / ID: _____

NÚMERO DE GRUPO: _____

FIRMA: _____

RELACION: _____

5

◆ **MEDICAMENTOS ACTUALES**

INCLUYA TODOS LOS MEDICAMENTOS (INCLUYENDO GOTAS PARA LOS OJOS):

◆ **ALERGIAS:**

6**NOMBRE DEL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA:** _____**NUMERO DE TELEFONO:** _____ **NUMERO DE FAX:** _____**FECHA DEL ULTIMO EXAMEN:** _____**7****HISTORIAL MÉDICO (marque si aplica)**

- Diabetes
- Hipertensión (Presión alta)
- Enfermedad cardíaca
- Cáncer
- Enfermedad de la tiroides
- Asma
- Colesterol alto
- Depresión / Ansiedad
- Accidente cerebrovascular (derrame cerebral)
- Artritis
- Hepatitis
- VIH / SIDA
- Enfermedad renal
- Otro: _____

HISTORIAL SOCIAL¿FUMA? SÍ NO¿CONSUME ALCOHOL? SÍ NO

¿USO DE DROGAS

RECREATIVAS? SÍ NO

OCUPACIÓN:

3**SÍNTOMAS ACTUALES (marque si aplica)**

- Visión borrosa
- Ojos rojos
- Dolor ocular
- Picazón
- Sensibilidad a la luz
- Visión doble
- Manchas o "floaters"
- Destellos de luz
- Pérdida de visión

9**HISTORIAL OCULAR (MARQUE SI APLICA)**

- CATARATAS
- GLAUCOMA
- OJO SECO
- DEGENERACIÓN MACULAR
- CIRUGÍA OCULAR PREVIA
- LESIÓN OCULAR
- INFECCIONES OCULARES
- USO DE LENTES DE CONTACTO
- ¿USA LENTES? SÍ NO
- ¿USA LENTES DE CONTACTO? SÍ NO

CESION Y LIBERACION

Yo, el abajo firmante, certifico que yo, (o mi dependiente tengo cobertura de seguro con _____ y asigno directamente al Dr. Mann, Levey, Conroy, Qureshi, Bale, o Dr. Jackson todos los beneficios del seguro. Si todo lo contrario es pagadero a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al medico a divulgar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

FIRMA: _____**AUTORIZACION DE MEDICARE**

Autorizo que los pagos de beneficios de Medicare se realicen a mi nombre al médico o proveedor por cualquier servicio prestado por ese médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Seguro Social o a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Esta autorización también permite el pago y autoriza la divulgación de la información necesaria para procesar la reclamación. Si se indica "otro seguro médico" en el formulario, solicito que las reclamaciones aprobadas o electrónicas se envíen a la aseguradora o agencia correspondiente. En casos asignados, el proveedor acepta la determinación del cargo aprobada por la aseguradora de Medicare, y el paciente es responsable únicamente por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos.

SIGN HERE PLEASE! **FECHA:** _____



EYE ASSOCIATES of North Jersey, P.A

OPHTHALMOLOGY & OPHTHALMIC SURGERY

ERIC B. MANN, M.D
STEPHANIE B. LEVEY, M.D
KURT JACKSON, M.D
THOMAS R. CONROY, O.D
MELANIE BALE, O.D
SANA QURESHI, M.D

**AVISO DE CONSENTIMIENTO POR LA LEY
HIPPA DE PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD**

Nuestro aviso de Practicas de Privacidad y Confidencialidad provee information sobre como podemos usar y discutir la informacion de su salud medica.

Usted, el paciente, tiene el derecho de elegir como su informacion de salud medica es usada y revelada para tratamiento. La ley de HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de informacion para tratmiento, pagos o salud medica.

Al firmar este aviso, usted, el paciente, da conocimiento de:

- **Informacion de salud medica protegida, puede ser revelada o usada para tratamiento, pago/cobro, operaciones de salud**
- **La oficina tiene el derecho de cambiar las regulaciones de privacidad permitido por ley.**
- **El paciente tiene el derecho de revokar el consentimiento escrito a cualquier tiempo y toda divulgacion sera terminado.**

Podemos llamar para confirmar citas? **SI NO**

Podemos dejar mensaje en su maquina de buzón? **SI NO**

Podemos discutir su condicion medica con algun miembro de su familia? **SI NO**

Si la respuesta es SI, porfavor escribe los nombres de miembros que pueden obtener su informacion:

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Correo Electronico: _____ **Fecha:** _____